

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE BELLAS ARTES

Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica



**LA EXPRESIÓN PLÁSTICA COMO ALTERNATIVA DE
COMUNICACIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS:
ARTE TERAPIA Y ESQUIZOFRENIA**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

María Vassiliadou Yiannaka

Bajo la dirección de los Doctores:

Noemí Martínez Díez
Manuel Hernández Belver

Madrid, 2001

ISBN: 84-669-1887-6

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE BELLAS ARTES
DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA DE LA EXPRESIÓN PLÁSTICA**

**LA EXPRESIÓN PLÁSTICA COMO ALTERNATIVA DE
COMUNICACIÓN EN PACIENTES ESQUIZOFRÉNICOS
ARTE TERAPIA Y ESQUIZOFRENIA**

**Tesis doctoral presentada por Maria Vassiliadou Yiannaka
bajo la dirección de la doctora Noemí Martínez Díez**

Madrid, Abril 2001

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

A la memoria de Alfonso

Agradecimientos

A todos que me han ayudado a llevar a cabo este trabajo.

A Noemí Martínez que desde el principio me ayudó y me animó.

A los doctores y el personal del Hospital de Día de la «Clínica Puerta de Hierro».

A los alumnos/as que me han permitido estar cerca, compartir sus sentimientos y sin los cuales esta investigación no habría sido posible.

Al Departamento de Becas del Ministerio de Asuntos Exteriores por el apoyo recibido.

A los laboratorios Lilit por su ayuda económica para el tratamiento de las imágenes.

A Stefan por su ayuda, su comprensión y la paciencia que mostró durante todo el periodo de este trabajo.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Detrás de las perturbaciones, en la mayoría de las veces, palpita una personalidad viva e intensa cuyos sentimientos son iguales que los de todos los seres humanos. Estos pacientes han conservado todas las calidades de la existencia humana, a menudo las más sensitivas...

H. BARUC, ***Le sentiment de la personnalité, la dépersonnalisation et la cénesthésie.***

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 Planteamientos y objetivos.....	9
2. EL ARTE COMO TERAPIA.....	17
2.1 El estado de la cuestión actualizado.....	20
2.2 La relación entre creatividad, arte y psiquiatría.....	23
3. ART BRUT	29
3.1 Del arte de los alienados al <i>art brut</i> de Dubuffet.....	29
3.2 Los movimientos artísticos y el <i>art brut</i>	36
3.3 Algunos artistas brut.....	47
3.4 El caso de la artista esquizofrénica Aloïse Corbaz.....	62
3.5 Adolf Wölfli.....	83
3.6 El artista esquizofrénico Carlo Zinelli.....	97
4. ARTE Y PSIQUIATRÍA EN LA ACTUALIDAD.....	109
4.1 Visitas a establecimientos psiquiátricos con especial relación con el arte terapia o el <i>art brut</i>	109
4.2 La clínica psiquiátrica Waldau (Suiza).....	111
4.3 El estado del arte en las clínicas psiquiátricas	116
4.4 La Casa de los Artistas de Gugging en la actualidad.....	123
4.5 Algunos artistas de Gugging	135
4.6 Arte terapia y art brut en el Alexianer de Münster (Alemania).....	146
4.7 Algunos artistas de la Casa Kannen en Münster.....	149
4.8 Algunas reflexiones sobre los talleres en hospitales psiquiátricos.....	157

5. ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?	159
5.1 Introducción	159
5.2 Tipos de esquizofrenia	166
5.3 Tratamiento actual de la esquizofrenia	170
5.4 Conclusiones	173
5.5 Glosario de términos psiquiátricos relativos a la esquizofrenia	174
6. EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO	177
6.1 Introducción	177
6.2 Objetivos e Indicaciones	179
6.3 Programas de hospitalización parcial y actividades	181
6.4 Las actividades terapéuticas grupales	185
6.5 Función del HDP en la red de servicios de salud mental	187
6.6 Conclusiones	189
7. TALLERES DE ARTE EN UN HOSPITAL DE DÍA	191
7.1 Toma de contacto	191
7.2 En el taller	193
7.3 Sistemática de las clases	195
7.4 Algunos ejemplos del diario de campo	198
7.5 Dibujar un cómic	202
7.6 Cuadros colectivos	205
7.7 Viaje a otro país y cuentos	208
7.8 Inspiración poética	212
7.9 Nociones básicas de técnica	215
7.10 Interacción con los alumnos/as durante la realización de la obra	217
7.11 El taller como hito en el día a día del hospital	221
8. VISITAS A MUSEOS	223
8.1 Conflictos y enfoque socioafectivo	223

8.2 Preparación de la visita	225
8.3 Una experiencia concreta. Una visita al Museo Thyssen-Bornemisza.....	230
8.4 Visitar una exposición de arte africano. África: Magia y Poder en La Caixa.....	233
8.5 Visitas a museos con enfermos psíquicos: otras experiencias	243
8.6 «Museos para todos» en España.....	245
8.7 La importancia del factor socializador.....	248
8.8 Zush.....	249
9. ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE OBRAS DEL TALLER	267
9.1 Metodología de trabajo. Criterios de selección de la muestra	267
9.2 Análisis de la obra, esquema de codificación.....	268
9.3 Campo de trabajo.....	270
10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES	349
10.1 Discusión.....	349
10.2 Conclusiones finales.....	355
11. BIBLIOGRAFÍA.....	361
11.1 Obras citadas.....	361
11.2 Bibliografía seleccionada.....	366

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos. Arte terapia y esquizofrenia

Partiendo de una investigación basada en la experiencia de un taller de pintura en el hospital de día psiquiátrico de la Clínica Puerta de Hierro en Madrid, se analiza la posibilidad de interacción entre el arte terapeuta y el médico-psiquiatra para el tratamiento de personas con esquizofrenia. No se trata de describir el proceso clínico de los participantes en el taller, más bien es un análisis hecho desde la posición artística de la posibilidad de expresarse a través de imágenes, que en el caso de la esquizofrenia puede constituir una vía alternativa a la comunicación verbal. Se analiza una muestra de dibujos según su forma y colorido, incluyendo comentarios de los mismos alumnos/as e interpretaciones simbólicas.

Una parte importante la constituyen los casos de varios artistas *brut* que con sus obras han llegado a formar parte de la historia del arte. Tres de ellos, Adolf Wölfli, Aloïse Corbaz y Carlo Zinelli son tratados con especial atención.

El trabajo contiene entrevistas con el artista español Zush y Johann Feilacher, el actual director de la Casa de los Artistas en Gugging (Austria). Además se comprueba el estado del arte en diferentes clínicas europeas contrastando métodos diferentes de arte terapia y de talleres artísticos que se manejan en ellas.

Una variante del arte terapia poco practicada hasta el momento constituyen las visitas a diferentes museos y exposiciones de arte con los asistentes al taller y la posterior utilización en las sesiones de pintura.

La doctoranda llega a la conclusión que la plástica puede constituir una ayuda valiosa en el tratamiento de la esquizofrenia. También se ve claramente que el proceso creativo puede verse afectado por la enfermedad, pero que en muchos casos puede convertirse en una nueva manera de expresión del individuo.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamientos y objetivos

El presente trabajo se plantea la posibilidad de aplicar el arte con pacientes enfermos mentales, concretamente personas diagnosticadas como esquizofrénicas. Durante tres años se ha recogido material en unas prácticas con pacientes de un Hospital de Día de Madrid. Las clases de arte con los alumnos/as han sido una experiencia muy gratificante y creemos que los resultados son, si no espectaculares, al menos sorprendentes. La tesis se ha planteado varias cuestiones en el contexto de la aplicación del arte con pacientes esquizofrénicos: ¿Es el arte capaz de curar? ¿Tiene la práctica del arte efectos beneficiosos sobre los pacientes? ¿Puede el arte ayudar en el análisis de los trastornos? ¿Es la creación artística una alternativa de expresión para gente con trastornos de comunicación graves? ¿Puede el arte ser un medio para la mejora de la autoestima y por tanto un elemento socializador importante? También se discutirán los modelos ya conocidos de arte terapia que se están aplicando en diferentes países del mundo. Aunque esta tesis también presenta historiales clínicos de algunos alumnos/as, en ningún momento se quiere adentrar en el campo de la psiquiatría clínica. Se trata de un trabajo planteado desde el arte y no desde la medicina, ni tampoco desde la psicología. La doctoranda proviene del campo artístico, ha estudiado bellas artes en Atenas y sigue investigando sobre el lienzo la expresión plástica, también tuvo los primeros contactos con terapias apoyadas por el arte en Grecia y en Chipre. Las clases de arte para pacientes esquizofrénicos constituían un reto nuevo en este tema y la doctoranda tuvo la oportunidad de llevar a cabo prácticas con los pacientes esquizofrénicos en el Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario «Clínica Puerta de Hierro» (Universidad Autónoma de Madrid).

La decisión de trabajar con personas esquizofrénicas se tomó porque se considera como uno de los campos más interesantes dentro del arte terapia por las siguientes razones:

1. se trata de una enfermedad que todavía sigue en investigación
2. existe un interés por descubrir el mundo interior de estas personas
3. es para la doctoranda un reto el acercamiento a un grupo rechazado por la sociedad, considerado «loco» y peligroso y plantea la búsqueda de puentes que les pueden unir.
4. existe la necesidad de ayuda a los enfermos/as el «*día después*» de la crisis de esquizofrenia.

Los pacientes con esquizofrenia se diferencian terriblemente de aquellas personas consideradas por la sociedad como locas. Para un loco, una vez que cruza la línea entre la normalidad y la anormalidad, ya no se consideran normales todas sus creencias y actitudes. Con eso no se pretende decir que esta situación no sea grave, pero debemos considerar incluso más grave el mundo de un esquizofrénico, pues en la mayoría de los casos es completamente consciente de lo que le está sucediendo. Puede recordar que hasta un cierto día era una persona normal, con sus estudios, su carrera, feliz en la vida personal y en cuestión de un momento todo esto es sustituido por un mundo tormentoso y monstruoso: La crisis, el hospital de agudos, el tratamiento sin fin y desgraciadamente sin cura, la mejoría, los recuerdos, el «*día después*»... el rechazo, la pérdida de las amistades, de las relaciones íntimas, el terror y la pena de la familia, la pérdida del trabajo, el sentimiento de que ya no son las mismas personas para los demás, las miradas extrañas, la etiqueta de la enfermedad, la amenaza de la próxima crisis.

Se trata de buscar la manera de estar allí cuando despiertan de la «pesadilla» y se dan cuenta que muchas cosas que parecían pasar en un terrible sueño son realidad. La expresión artística fue el punto de partida para encontrar un camino hacia la mejoría en estas vidas difíciles y llenas de fantasmas.

Aunque los primeros intentos y experiencias con la plástica en un entorno clínico se remontan a principios de este siglo o incluso a finales del XIX, el término *art therapy* se utiliza por primera vez en Inglaterra en los años cuarenta. *Art therapy* que podría traducirse con terapia artística (es decir una terapia con métodos artísticos), o como arte terapéutico. En la literatura

especializada encontramos la traducción literal *arte terapia*, que designa el mismo concepto: la utilización del arte y de otros medios visuales en un entorno terapéutico o de tratamiento. Puesto que este último término ya goza de una aceptación bastante amplia entre los especialistas de habla castellana, lo utilizaremos siempre cuando hagamos referencia al concepto arriba definido. Otros autores entienden por arte terapia no sólo la vertiente plástica sino también la utilización de música, danza o literatura con fines terapéuticos. Aquí se empleará el término para la utilización de medios plásticos (especialmente pictóricos) dentro de un tratamiento terapéutico.

Los orígenes del arte como terapia pueden entenderse mejor si se consideran dentro del contexto más general de las artes. El arte es un rasgo propio de todas las sociedades. La actividad artística es casi tan antigua como el ser humano y ha simbolizado los aspectos personales y culturales del desarrollo.

La actividad artística, para un individuo al que podemos considerar normal puede resultar relajante, satisfactoria, expresiva pero al mismo tiempo «terapéutica». Aunque es una actividad — en la mayoría de las veces — solitaria, privada, el individuo recibe mucha satisfacción al observar el producto final porque se reconoce a sí mismo en él...

En cambio, en la actividad artística como terapia en casos problemáticos, lo más importante es la persona y el proceso de usar el arte como medio de comunicación no verbal y no el resultado.

ULMAN define la terapia:

«Los procedimientos terapéuticos están diseñados para ayudar a que se produzcan cambios favorables en la personalidad o en la forma de vivir». ¹

Y NAUMBERG lo hace para el arte terapia:

¹ ULMAN, E., (1961), «Art Therapy: Problems of Definition», *Bulletin of Art Therapy* 1(2), (pp. 10 -20).

«El proceso de terapia artística se basa en reconocer que los sentimientos y los pensamientos más fundamentales del hombre, derivados del inconsciente, alcanzan expresión a través de imágenes y no de palabras.»²

Aparte de la utilización de diferentes formas de artes plásticas, en el entorno terapéutico también se está experimentando con otras formas de la expresión artística, como puede ser la danza, la música, la literatura o el teatro.

Los campos de aplicación del arte terapia pueden ser en la terapia de familia, grupos de minusválidos físicos, enfermos terminales, personas mayores, niños, refugiados, toxicómanos, alcohólicos y otros grupos problemáticos o marginales.

El presente proyecto centra su enfoque principal en los aspectos de la aplicación del arte terapia con pacientes esquizofrénicos. Se trata de demostrar que

- 1) Estos pacientes tienen la misma capacidad de expresión artística que cualquier persona «normal» y que
- 2) La actividad artística juega un papel importante en el tratamiento terapéutico de la enfermedad y contribuye al desarrollo positivo del historial clínico.

El arte terapia no pretende curar esta enfermedad que los mismos psiquiatras en la mayoría de los casos consideran incurable, sin embargo puede ser un factor decisivo en el bienestar de los pacientes. El Dr. Wolfgang BÖKER de la Clínica Psiquiátrica Universitaria de Berna subrayó con ocasión del IV Curso Anual sobre Esquizofrenia³, celebrado en Madrid en 1998 que en el tratamiento de los esquizofrénicos es importante la aplicación de métodos extraclínicos para la consecución de una mejora de los pacientes y su reintegración social. Uno de los principales problemas es la imposibilidad de la comunicación verbal, por lo que el profesor propone el fomento de otras vías de comunicación. El mismo profesor escribe en un artículo sobre autoayuda en esquizofrénicos: «El manejo de la enfermedad como un todo puede tomar la

² NAUMBERG, M., (1958), «Art Therapy: its Scope and Function», en: E.F. Hammer (ed.), ***Clinical Applications of Projective Drawings***, Springfield, C.C. Thomas, (p. 511).

³ IV Curso anual sobre esquizofrenia «**Esquizofrenia y experiencias subjetivas**», Madrid, 27 y 28 de nov. 1998, Hospital General Universitario «Gregorio Marañón».

forma de «estrategias globales»: con intentos de autoanálisis, refugio en sistemas filosófico–religiosos, definición de modelos, utilización de técnicas meditativas, estudio de libros científicos, realización de pinturas y manualidades, producción literaria, autotratamiento con drogas, alcohol o regímenes dietéticos».⁴ Estas observaciones indican que en los pacientes esquizofrénicos existe ya una fuerte voluntad en mejorar su propia situación, o al menos mantener un estado de un cierto equilibrio. Los estímulos terapéuticos deberían caer por tanto en suelo fértil. Siendo lo visual una importante alternativa de expresión, las clases de arte tendrían que tener un éxito especial. Esta hipótesis se ve además reforzada por varios casos de artistas plásticos conocidos con graves problemas de esquizofrenia. Parecen tener una necesidad creativa muy fuerte, ya que, como hemos dicho, otros canales de comunicación no funcionan.

En la literatura psiquiátrica la expresión artística aparece a menudo como alternativa a las vías más habituales de comunicación (la verbal–oral). Es el caso de la paciente Nadia que entró en una psicoterapia con seis años. Era una niña autista, inactiva y muda que tenía un vocabulario activo de menos de unas diez palabras. Cuando tenía tres años y medio había empezado a dibujar, eligiendo sus modelos entre las ilustraciones de libros y luego, al cabo de varios días, producía sus propias versiones artísticas de lo que recordaba. Cuando el terapeuta y otras personas vieron sus dibujos, era obvio para ellos que la niña era una artista prodigiosa y que sus dibujos eran únicos entre más de 24.000 imágenes realizados por otros niños pequeños. Desde los seis a los ocho años Nadia estuvo en tratamiento psicológico por su autismo y vocabulario atrasado. Su socialización y comprensión verbal mejoraron y luego su comunicación verbal espontánea. Sus dibujos disminuyeron en cantidad y calidad y ya no eran prodigiosos. Se pensaba que su declive artístico había sido provocado por su mejora verbal y el postscriptum en su historial constata:

«¿Es una tragedia? Para nosotros que queremos sorprendernos, quizás. Para Nadia a lo mejor es suficiente haber sido una niña prodigio. Si la pérdida parcial de su don es el precio que hay que pagar por el habla — a lo mejor sólo

⁴ BÖKER, Wolfgang, (1987), «On Self-Help Among Schizophrenics». En: BÖKER et al. (eds.), *Psychosocial Treatment of Schizophrenia*, Toronto, Berna, Huber.

el habla suficiente para permitirle una comunión con un pequeño mundo protegido — tenemos, creo yo, que estar preparados para pagar este precio en favor de Nadia».⁵

Contamos con muchos testimonios sobre casos de enfermos mentales (principalmente diagnosticados como esquizofrénicos) que empezaron a pintar al manifestarse el trastorno: Adolf Wölfli, Aloïse Corbaz o Carlo Zinelli son los tres ejemplos que vamos a examinar más cerca. Estos tres pintores son, sin duda, unos casos muy especiales que empezaron a pintar cuando ingresaron en clínicas psiquiátricas, clínicas de las que ya no saldrían con vida. Para todos la pintura se convirtió una actividad existencial y se sintieron grandes creadores de sus propios universos interiores. Wölfli, Aloïse y Carlo entraron finalmente como grandes artistas en los museos de arte sin haber nunca formado parte del círculo artístico convencional. No pretendemos que todos los enfermos, que participan en un taller de arte, se conviertan en Wölfli, Carlo Zinelli o Aloïse, tampoco cualquier esquizofrénico siente una necesidad existencial para dibujar, pero queríamos comprobar en primer lugar si la actividad artística tiene un efecto benéfico sobre el desarrollo de la enfermedad o cumple con una función socializadora, y en segundo lugar si la plástica puede llegar a ser una alternativa de comunicación para estos pacientes y por tanto mejorar su situación de aislamiento. Estas experiencias tienen que llevarse a cabo, a nuestro juicio, paralelamente a la terapia psiquiátrica clásica, bajo la supervisión de un psiquiatra. Nunca se ha pretendido sustituir a la psiquiatría clínica con estas actividades, tampoco creemos que puedan sustituir el psicoanálisis clásico para llegar a un diagnóstico. Creemos sin embargo que el taller de arte puede funcionar como un elemento más en la psicoterapia, tanto por sus efectos benignos sobre los pacientes como también en la función de vehículo no verbal para el análisis. Más allá de estas funciones podría ayudar a descubrir posibles talentos artísticos entre la población enferma mental cuya rehabilitación social a lo mejor es imposible pero que podrían «habilitarse» como artistas, como suele expresarlo el Doctor Johann FEILACHER, actual director de la Casa de los Artistas en la clínica de Gugging (Austria). Intentaremos llegar a una conclusión

⁵ SELFE, L., (1977), *Nadia: A Case of an Extraordinary Drawing Ability in an Autistic Child*, Nueva York, Academic Press.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

válida sobre estas cuestiones con la ayuda de un trabajo de campo de más de tres años y una gran cantidad de material (pinturas, casos) reunida en los talleres dirigidos por la misma doctoranda.

Además, este trabajo también incluye entre sus objetivos la reivindicación del trabajo del artista dentro del proceso terapéutico y repetimos que no se trata de invadir el terreno del personal psiquiátrico o del psicólogo. Se trata de una actividad que complementa el trabajo que ya se lleva a cabo en los hospitales psiquiátricos y en los Hospitales de Día en España. Tampoco se trata de una nueva forma de terapia ocupacional, también de indudable valor dentro del tratamiento del enfermo/a. Creemos que la entrada del arte en las clínicas psiquiátricas es un nuevo elemento que debe apreciarse por sus grandes cualidades terapéuticas, socializadoras y analíticas.

2. EL ARTE COMO TERAPIA

«La terapia artística es una disciplina relativamente nueva. Salvo en una reducida cantidad de profesionales, los conceptos y objetivos de la misma no se conocen o no se entienden con profundidad», escribe Tessa DALEY en la introducción a su obra fundamental ***El arte como terapia***⁶.

El «arte» considerado como terapia comenzó casi por azar. El artista Adrian HILL cuando pasaba su convalecencia en un sanatorio durante la Segunda Guerra Mundial, empezó a dedicarse a sus propias pinturas para liberarse del aburrimiento embrutecedor y compartió con otros pacientes los reconfortantes efectos de la actividad creativa. Algunos de estos pacientes empezaron a dibujar terribles escenas de guerra o utilizaron sus pinturas como excusa para hablar de su sufrimiento y de sus temores de enfermedad y de muerte. Hill escribió dos libros sobre su experiencia: ***Painting out Illness***⁷ (Pintar la enfermedad) y ***Art versus Illness***⁸ (Arte contra enfermedad). En Inglaterra es donde aparece por primera vez el término «art therapy» que desvincula la actividad artística de lo puramente ocupacional. El reconocimiento institucional no llega todavía para los terapeutas artísticos, trabajan en los hospitales, pero todavía en 1980 son considerados más bien proveedores de material de pintura y no se distinguen oficialmente de los terapeutas ocupacionales.

Una buena definición puede ser la de Edith KRAMER: «El terapeuta también se comunica con sus alumnos mediante la pinturas de éstos, y esta comunicación tiene valor terapéutico. Él observa y evalúa la conducta de sus alumnos y su producción, y su observación contribuye a la comprensión de la personalidad total de cada uno de ellos. Pero él no es un psicoterapeuta, y su función no consiste en interpretar los profundos contenidos inconscientes de sus

⁶ DALLEY, Tessa, (1987), ***El arte como terapia***, Barcelona, Herder.

⁷ HILL, Adrian, (1951), ***Painting out Illness***, London, Williams & Northgate.

⁸ HILL, Adrian, (1945), ***Art versus Illness***, London, Allen & Unwin.

alumnos; tampoco son sus observaciones un sustituto de la batería psicológica de tests.

La clave para entender la función del terapeuta descansa en la comprensión de su medio. La aspiración básica del terapeuta es hacer accesibles a personas perturbadas el goce y la satisfacción que el trabajo creativo pueden proporcionar, y por su percepción y destreza terapéutica, hacer que dichas experiencias sean significativas y valiosas para la personalidad total».⁹

El arte ha sido un «instrumento expresivo» desde los primeros tiempos de la humanidad. El ser humano siempre ha tenido la necesidad de expresarse a través de símbolos y motivos, hacerse entender sin palabras, dar forma a sus pensamientos y fantasías, dejar sus huellas en la tierra para dejar constancia de su existencia.

La comunicación es uno de los componentes más importantes de una sociedad equilibrada, y el arte es un medio que puede facilitarla, especialmente en los casos de conflicto. Puede también ser de gran ayuda para personas que viven aisladas y a quienes resulta difícil manifestar sus sentimientos y sus ideas.

De este modo en las sesiones del arte terapia el individuo puede transferir sus pensamientos, fantasías y sueños a una obra sin ningún sentimiento de culpabilidad o miedo a ser ridiculizado. Pueden ser útiles para que el individuo se sienta libre para expresarse y para despertar su necesidad de comunicar, necesidad que tenemos todos los humanos, pero a veces por temor a no ser entendidos preferimos no exteriorizar nuestras reflexiones o problemas.

Noemí MARTÍNEZ, hablando de la terapia artística, subraya la importancia que tiene la persona y el proceso: «El arte se usa como forma de comunicación no verbal, como medio de expresión consciente e inconsciente, al reconocer que los pensamientos y sentimientos humanos derivados del inconsciente, se expresan con más facilidad en imágenes que en palabras».¹⁰

⁹ KRAMER, Edith, (1982), **Terapia a través del arte en una comunidad infantil**, Buenos Aires, Kapelusz, (p. 23-24).

¹⁰ MARTÍNEZ, Noemí, (1996), «La terapia artística como una nueva enseñanza», en: **Arte, Individuo y Sociedad**, no.8, Madrid, Universidad Complutense, (p. 22).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

El proceso creativo puede llegar a ser una vía para que el mundo interior de cada individuo haga un viaje hacia el exterior de manera satisfactoria y aliviadora. No son pocos los ejemplos de personas que han logrado expresar sus sufrimientos, sus dudas existenciales, los bloqueos mentales o incluso aguantar sus dolores a través del arte, véase por ejemplo el caso de la artista mexicana Frida Kahlo.

2.1 El estado de la cuestión actualizado

El 5º Congreso de **ECARTE** (European Consortium for Arts Therapies Education) sobre Arte Terapia que tuvo lugar en la Universidad de Münster (Alemania) en Septiembre del año 1999 mostró sintomáticamente el difícil proceso de adaptación y aceptación que vive la joven profesión del arte terapeuta en estos momentos. Participaron especialistas de 28 países, entre los cuales también una delegación española. El programa ofrecía una gran variedad de simposios, talleres, seminarios, presentaciones de pósters y libros.

Lo interesante de los congresos es que ofrecen la oportunidad de comparar métodos y contrastar opiniones en torno al tema, enterarse de los últimos avances de primera mano y conocer a nuevos colegas profesionales de otros países. El simposio «Arte terapia: aproximaciones europeas al arte terapia» tenía en cuenta este hecho y reunió en una mesa redonda a arte terapeutas profesionales de cinco países bajo la dirección de la alemana Karin Dannecker. La propuesta consistía en la presentación de un caso clínico de un niño y su posterior discusión entre los especialistas. Se mostró quizás uno de los problemas característicos de una disciplina que en muchos países todavía carece de reconocimiento oficial y que, de por sí, se divide en varias facetas (arte, danza–movimiento, música, teatro). Las preferencias y los métodos de los diferentes terapeutas son por tanto tan diversos como las mismas facetas y especialidades de la disciplina. Uno de los objetivos del simposio era demostrar que la comunicación puede ser muy fértil para el futuro desarrollo de una perspectiva europea en el arte terapia.

El estado de la cuestión del arte terapia requiere una gran labor de definición y unificación de criterios en el tema. Para ello hace falta una investigación académica por parte de las universidades, según muchos la única vía para llegar a un reconocimiento institucional de la profesión en los diferentes países. Precisamente sobre esta cuestión habló Line KOSSOLAPOW, presidenta actual de **ECARTE**. Insistió en la importancia de la investigación como instrumento para dar respuesta a las necesidades de una profesión madura y bien desarrollada. Es importante definir la posición del arte terapia dentro de un panorama interdisciplinar y especificar su papel en el análisis de problemas sociales y antropológicos. Estas cuestiones son sin duda de

primerísima importancia, y si a alguien no le había quedado claro, sólo tenía que asistir al simposio sobre «La política de las asociaciones profesionales» con participantes de diferentes países europeos. Así, por ejemplo, depende del país si los arte terapeutas tienen que provenir de la psicología/psiquiatría o si tienen que tener una formación artística. En los Países Bajos la profesión del arte terapeuta está plenamente reconocida y el profesional puede llevar el título después de dos años de supervisión posteriores a su formación. En Austria sólo en el año 1991 empezaron a existir escuelas de formación de arte terapia y éstas se unieron en 1997 bajo el marco de una asociación única para promover la profesión. En Italia existe la intención por parte de los profesionales reunidos en el **APIART** (Asociación de Profesionales Italianos del Arte Terapia) de presentarse al registro del Ministerio de Trabajo como nueva profesión. En Rusia los artistas no pueden entrar en el ámbito médico-sanitario y por tanto los arte terapeutas tiene que ser médicos o psicólogos. También hay una unión europea de todas las asociaciones nacionales de arte terapia que se llama **EABONATA**. Pero hasta el momento no ha tenido un papel importante debido a varias problemáticas que hacen difícil la identificación de las diferentes organizaciones y su seriedad y durabilidad. El Reino Unido es hasta ahora la única nación europea que cuenta con un «Act of Parliament» que regula la profesión de arte, música y teatro terapias y las reúne bajo el término de «arts therapies».

En España estamos todavía lejos de un reconocimiento oficial: no existe ninguna organización que reúna a los arte terapeutas, y, tampoco contamos con una formación específica. Los terapeutas ocupacionales tienen desde 1991 una diplomatura oficial dentro de la Escuela de Ciencias de la Salud de Zaragoza. En el ámbito psiquiátrico oficial no se distingue entre terapia ocupacional y arte terapia, y la profesión no está reconocida por las autoridades sanitarias. Hasta que esto no cambie, los arte terapeutas trabajarán de modo voluntario en los hospitales y centros de día psiquiátricos, cumpliendo con una labor importantísima e internacionalmente reconocida. Todavía hace falta avanzar mucho a nivel nacional. Pasos hacia el reconocimiento podrían ser cursos de postgrado en la materia, pero quizás todavía más importante, oportunidades de prácticas bajo la supervisión y con el apoyo de profesionales experimentados y capaces de transmitir su saber en la materia.

El año pasado empezó en la Universidad de Barcelona, en la Facultad de Bellas Artes, el «*Master* en Arte Terapia, aplicaciones clínicas de la práctica artística». En Madrid, en la Facultad de Educación de la Universidad Complutense, se inauguró en enero de 2001 otro *master* en arte terapia y está en preparación otro más en la Universidad de Granada. La titulación requerida para la participación en estos cursos puede provenir de Bellas Artes, Psicología, Educación, Psicopedagogía, Medicina o Sociología, ya que la profesión del arte terapeuta requiere una base de conocimientos muy amplia.

Parece haber dentro del arte terapia una presencia llamativamente alta de mujeres que han escrito tratados sobre el tema, hecho que no tiene que sorprender dado que la gran mayoría de las profesionales en el arte terapia y en la terapia ocupacional en las clínicas son mujeres. Para que esto siga siendo así y para que, a pesar de que el arte terapia es una profesión que desempeñan sobre todo mujeres, no se convierta en una profesión menos valorada, varias autoras defienden un enfoque feminista de la cuestión. Queremos citar a Virtudes MARTÍNEZ VÁZQUEZ que escribe sobre «las necesidades de las mujeres y de cómo las estadísticas muestran que nosotras somos dos veces más propensas que los hombres a desarrollar una depresión; una mayor proporción de mujeres interioriza su sufrimiento emocional, a través de una enfermedad psicosomática y de un comportamiento autodestructivo».¹¹

¹¹ MARTÍNEZ VÁZQUEZ, Virtudes, (2000), «Aproximaciones al Arte-terapia. Una experiencia en Granada», en: **Arte, Individuo y Sociedad**, no. 12, Madrid, Universidad Complutense, (p. 337).

2.2 La relación entre creatividad, arte y psiquiatría

La creatividad, el proceso mental en el que nuevas cosas empiezan a existir, es característico de la especie humana y ha producido la civilización humana. FREUD veía la creatividad en el curso de delimitar el funcionamiento del inconsciente y en los comienzos del psicoanálisis como una sublimación de impulsos y conflictos inconscientes. Pero en su autobiografía, Freud limita este punto de vista a lo siguiente:

«El psicoanálisis no puede hacer nada para iluminar el don artístico, ni tampoco puede explicar los significados con los que trabaja el artista: la técnica artística».¹²

Carl JUNG postuló que una parte del inconsciente es el inconsciente colectivo que contiene los arquetipos — experiencias primordiales — del pasado humano y animal y que en algunas personas con don existe una animación inconsciente de estos arquetipos con la resultante creación de un trabajo que tiene significado universal.

Después de Freud, los psicoanalistas enfocaron las diferentes interacciones entre el pensar consciente e inconsciente. Es interesante la teoría de ARIETI que divide el pensar en tres categorías: un proceso primario que es irracional y existe sobre todo en el inconsciente; un proceso secundario que es racional y parte del consciente normal de todos los días; y finalmente un proceso terciario en el que se combinan el proceso primario y el secundario de manera que hay una «síntesis mágica» y la creación de una cosa nueva.

Las teorías pueden explicar aspectos de un acto creativo particular pero ninguna teoría existente puede explicar la naturaleza de un talento creativo. FOX (1963) observó esto:

«...no hay manera de distinguir entre el proceso de pensar y el proceso creativo... en cuanto los mecanismos y elementos de pensar escapan a nuestro

¹² FREUD, Sigmund, «An Autobiographical Study», en: ***Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud***, vol. 20, (p. 7).
FREUD, S., (1973), ***Obras completas***, Madrid, Biblioteca Nueva.

análisis y entendimiento, seremos ignorantes sobre el proceso creativo».¹³ Y AUSTIN escribe (1978):

«La creatividad no empieza sólo como un fenómeno compuesto, como restos de unas habilidades difíciles de ignorar, sino sus elementos tienen después de esto una calidad de mercurio. Ni siquiera dos personas ven exactamente igual la experiencia creativa. Creo que esta diversidad de vistas quiere decir al menos tres cosas: 1) una definición «pura» de creatividad difiere de una persona a la otra, y de personas de una disciplina a los de otra; 2) la experiencia creativa en si misma se distingue entre individuos; 3) la creatividad no es siempre la misma incluso en una misma persona».¹⁴

En 1864 el psiquiatra italiano Cesare LOMBROSO puso el acento sobre la coincidencia entre el genio y la enfermedad neurótica y psicótica y esperaba que un estudio sobre la coincidencia llevaría a un mejor entendimiento de la psicosis. Desde los tiempos de Lombroso se ha observado que la creatividad y la psicopatología interactúan de diferentes maneras. La psicosis puede inhibir la creatividad, o al contrario puede, a veces, producir arte psicótico. Importante para nuestro tema es la afirmación de STORR¹⁵ (1972) que mostró cómo la creatividad puede ayudar en ciertas disfunciones de personalidad. Para los que son ansiosos, deprimidos y sufren de aislamiento social y una autoestima baja, la creatividad puede ser un camino de mejorar su propio valor y de comunicar al mundo evitando las relaciones interpersonales. Arieti describió (1976) la creatividad como un deseo de encontrar un «objeto nuevo, un trabajo externo que sustituirá [para la persona creativa] una fantasía interior o una preocupación».¹⁶

La psiquiatría tradicional habla también de cómo se puede aumentar la creatividad, las drogas pueden tener una influencia profunda sobre personas creativas pero «hay que alertar contra el uso indiscriminado de LSD esperando

¹³ FOX, H. H. A., (1963), «A critique on creativity in science». en: **Essays on Creativity in the Sciences**, Nueva York, New York Univ. Press, (p. 129).

¹⁴ AUSTIN, J.H., (1978), **Chance and Creativity: The Lucky Art of Novelty**, Nueva York, Columbia Univ. Press.

¹⁵ STORR, A., (1972), **The Dynamics of Creation**, Nueva York, Atheneum.

¹⁶ ARIETI, S., (1976), **Creativity: The Magic Synthesis**, Nueva York, Basic Books.

que se va a mejorar el pensamiento creativo», escribe ZEGANS¹⁷ después de unos experimentos con la droga sintética. KRIPPNER estudia más tarde el efecto de drogas del tipo LSD sobre diferentes artistas (poetas, pintores, escritores). Nota que algunos son capaces de crear productos valiosos estando en trance pero que casi nunca son capaces de valorar la obra mientras están bajo la influencia de la droga. Otros estudiantes del mismo grupo reportan que la droga les produce un estado desordenado por la distorsión del pensamiento y la percepción, mucha ansiedad y terribles alucinaciones.¹⁸

Para aumentar o liberar la creatividad en los artistas, los psicoterapeutas recomiendan la hipnosis que en algunos casos ha producido resultados sorprendentes al liberar al paciente de los bloqueos y transportarlo a un estado parecido al creativo. Se recomienda también la psicoterapia individual ofreciendo al paciente una visión de sus conflictos interiores que bloquean su creatividad. Un caso famoso fue el escritor alemán Hermann HESSE. Escribió que su análisis le enseñó a no reprimir o abandonar «al caos» y «a las ideas descontroladas» de su inconsciente de «escuchar suavemente» estas ideas y luego aplicarles la crítica y la selección. Cuando Hesse tenía 39 años había pasado por 60 sesiones con J. B. Lang, un analista jungiano. Después escribió el trabajo autoanalítico «Demian» y más tarde las novelas que le hicieron merecedor del premio Nobel de literatura.¹⁹ Hermann Hesse pintó como terapia «contra el desconsuelo». Continuó pintando para superar una crisis nerviosa. El método fue tan eficaz que lo hizo hasta su muerte para meditar y hallar consuelo. Sus obras han sido expuestas en febrero del 2001 en Alemania.²⁰

Otras personas altamente creativas como Rilke, Kafka o Joyce, evitaban la psicoterapia porque temían que dañaría su creatividad. La mayoría de los pacientes que empiezan un psicoterapia y algunos psicoterapeutas experimentados comparten este temor. Jung se opuso a analizar algunos

¹⁷ ZEGANS L.S., POLLARD, J.C., BROWN, D., (1967), «The effects of LSD-25 on creativity and tolerance to regression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 16: 740.

¹⁸ KRIPPNER, S., (1977), «Research in creativity and psychedelic drugs», En: *Int. J. Clin. Exp. Hypn.* 25: 274.

¹⁹ SORELL, W., (1974), *Hermann Hesse: The Man Who Sought and Found Himself*, Londres, Wolff.

²⁰ *El País*, 25 de febrero 2001.

genios — Gustav Mahler y Bruno Walter— con los que tenía contacto profesional²¹ y se ha sugerido que el psicoanálisis podría eliminar los conflictos que son necesarios para la creatividad.

También se propone la terapia de grupo para aumentar la creatividad, esta tiene la ventaja de los efectos del grupo en donde uno anima al otro a la realización de las ideas. Es una verdad sencilla y a veces olvidada que en los humanos un estímulo potente para la creatividad es el ánimo que dan los otros, se definen metas y si no se alcanzan se analiza el porqué. Los participantes se benefician exponiendo su propia creatividad y por la involucración en la creatividad de otros. Ahora bien, todas estas teorías hablan de individuos cuyo problema puede ser la falta o la pérdida de creatividad, o la existencia de barreras que les impiden sacar lo creativo que llevan dentro. El presente trabajo, sin embargo, se basa sobre una experiencia con personas cuyo problema principal no es la falta de creatividad sino el de graves trastornos de personalidad. La aproximación es por tanto bastante distinta, pero algunos métodos podrían valer también para nuestro caso. Los estudios que han tratado sobre la creatividad y la expresión artística en las personas con trastornos mentales, son bastante recientes. Aunque los primeros indicios aparecen en los años veinte con los estudios de MORGENTHALER y PRINZHORN (1922).

El especialista en artistas esquizofrénicos por excelencia es sin duda el psiquiatra austríaco Leo NAVRATIL²². Navratil había trabajado desde los años cincuenta con dibujos para el análisis y se dio cuenta que entre los miles de garabatos había cosas que eran diferentes, que tenían valor estético y artístico. Llamó a Jean DUBUFFET, un artista que se dedicaba a coleccionar obras de artistas sin formación académica, muchos de ellos encerrados en establecimientos psiquiátricos y completamente ajenos al mercado del arte. Dubuffet es el fundador de la «Compagnie de l'Art Brut». El padre del *art brut* acudió a la clínica de Gugging y confirmó el valor de ciertos dibujos. Navratil

²¹ EISSLER, K.R., (1967), «Psychopathology and creativity». **Am. Imago**, 24: 35.

²² NAVRATIL, L., (1972), **Esquizofrenia y arte**, Barcelona, Seix Barral.

NAVRATIL, L., (1998), **Die Gugginger Methode**, Stuttgart, Fischer.

NAVRATIL, L., (1983), **Die Künstler aus Gugging**, Viena, Museum Moderner Kunst.

apartó a varios pacientes en un pabellón separado en donde se les ofrecía material para pintar. Los resultados fueron sorprendentes y siguen siéndolo; los artistas esquizofrénicos de Gugging se han convertido en valores en el mercado del arte. Para Navratil la enfermedad desempeñaba un papel fundamental en la creación de estos maestros mientras que Dubuffet no veía las obras como productos de los trastornos mentales sino como puras obras de arte. Navratil hace el puente entre la creatividad y la enfermedad mental. La polémica con Dubuffet no acaba allí: el sucesor de Leo Navratil, Johann Feilacher parece estar más de acuerdo con Dubuffet y dice que la enfermedad no tiene nada que ver con el talento creativo de los artistas esquizofrénicos. Ha convertido la Casa de los Artistas en un centro de arte mientras que el maestro de Feilacher, Navratil, siempre lo había considerado como un centro psiquiátrico. Guy-Pierre BENNET en su artículo «El arte de los pintores locos» publicado en *El País Semanal* dice: «Pero no todo el mundo aprueba la Casa de los Artistas, y Johann Feilacher ha tenido que enfrentarse a varios problemas. [...] No obstante, los tiempos cambian, y también lo hace la propia concepción del arte. Pero los artistas del Gugging seguirán plasmando imágenes capturadas en su mundo particular».²³

El libro más famoso sobre arte terapia en español es el de Tessa DALEY *El arte como terapia*.²⁴ Es una antología sobre el tema con diferentes artículos y una introducción hecha por la coordinadora que pretende aclarar lo que es el arte terapia. En la edición española de la editorial Herder se ha optado por el término «terapia artística» aunque en general se prefiere en la literatura sobre el tema el término «arte terapia». El libro fue la respuesta a la introducción del arte terapia en los Servicios de Salud del Reino Unido: «...la actividad artística que se lleva a cabo en un entorno terapéutico, con propósitos claros de corrección o de tratamiento y en presencia del terapeuta, tiene unos objetivos y unas metas diferentes. En el caso de la terapia, lo más importante de todo es la persona y el proceso, dado que el arte se utiliza como medio de comunicación no verbal. Dicho de una manera más elaborada, la actividad artística proporciona

²³ BENNET, G.-P., (2000), «El arte de los pintores locos», En: *El País Semanal*, 1216, 16/01/2000 (pp. 26-30)

²⁴ DALLEY, T. (ed.), (1987), *El arte como terapia*, Barcelona, Herder. DALLEY, T., (1984), *Art as Therapy*, London, Tavistock/Routledge.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

un medio concreto –no verbal– a través de la cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico».²⁵

²⁵ DALLEY, T. (ed.), (1987), *El arte como terapia*, Barcelona, Herder, (p. 14).

3. ART BRUT

3.1 Del arte de los alienados al *art brut* de Dubuffet

El término de *Art brut* fue acuñado por el artista francés Jean Dubuffet en los años cuarenta cuando tomó la decisión de iniciar una colección de arte extraoficial. En una carta a René Auberjonois explica lo siguiente: «He preferido el término «*Art brut*» a «*Art obscur*» ya que la creación artística profesional no tiene, a mis ojos, de ninguna manera más clarividencia y lucidez, más bien el contrario. Esto sólo daría lugar a malentendidos y parecería como si yo me declarara culpable. ¿Cómo puede usted llegar a escribir que el oro en su estado bruto es más falso que el oro falso? A mí la pepita me gusta más que la caja de un reloj. Viva la leche de búfala, cruda, caliente y recién ordeñada».²⁶ Dubuffet contrapone aquí los términos franceses «brut» y «obscur» que se pueden traducir casi tal cual al español. «Brut» es bruto en el sentido de original, sin trabajar y «obscur» es oscuro en el sentido de contrario de lúcido, de la inteligencia y del juicio. Dubuffet entiende por *art brut* las manifestaciones artísticas que no se dejan clasificar en lo que él mismo llama «*arts culturels*», artes culturales o artes cultas, resultado de una formación artística y de múltiples influencias. Las artes culturales siempre pasan por una reflexión estética, toman en cuenta lo que les rodea, hacen referencias a otras obras contemporáneas o anteriores. Y matiza en su libro ***Cultura asfixiante***.²⁷ «Lo que vicia a una producción de arte con un carácter cultural no es tanto proceder de la cultura sino el volverse hacia ella, adherirse a su base, aprovechar su estatuto».

Esta definición de *art brut* fue publicada por vez primera en el catálogo de una exposición de unas doscientas obras de sesenta y tres artistas en la Galería René Drouin de París. Estas obras pertenecían a la «Compagnie de l'Art Brut» que el mismo Dubuffet había fundado un año antes de la exposición

²⁶ En: THÉVOZ, Michel, (1990), ***Art brut, Kunst jenseits der Kunst***, Aarau, AT, (p. 12).

²⁷ DUBUFFET, Jean, ***Cultura asfixiante***, (1970), Buenos Aires, Ediciones de la Flor, (p. 96).

antológica. El trabajo del artista francés para el reconocimiento de las obras de artistas marginales fue ejemplar. Empleaba gran parte de su tiempo y de su dinero en descubrir los valores de este arte, que para él era mucho más verdadero y valioso que el arte convencional o culto, como lo llamaba. El artista francés defendía a los creadores que trabajan al margen del mundo del arte oficial, y muchas veces al margen de la sociedad en general, por su sinceridad. No crean para que alguien vea y aplauda su obra, para que algún galerista la exponga y comercialice ni tampoco para que algún director de museo se acuerde de ellos. Son artistas puros porque crean por una necesidad interior, crean para sí mismos y son capaces de hacer surgir mundos propios, tan personales que a veces sólo ellos los pueden entender.

Para los defensores del *art brut*, este arte tiene más valor que el reinante «arte internacional» que no hace más que imitar corrientes y estilos tanto históricos como contemporáneos. Pero veamos lo que opina Dubuffet en el catálogo para la primera exposición de 1949 de *art brut*: «Entendemos por [*art brut*] las obras ejecutadas por personas indemnes de cultura artística en los cuales el mimetismo, contrariamente a lo que se pasa en los intelectuales, tenga poca o ninguna parte, de modo que sus autores sacan todo de ello (temas, elección de materiales, puesta en obra, medios de transposición, ritmos, maneras de escrituras etc.) de su propio fondo y no de los venenos [sic] del arte clásico o del arte de moda. Nosotros asistimos a la operación artística totalmente pura, bruta, reinventada en el total de sus fases por su autor, a partir sólo de sus propios impulsos. Arte pues donde se manifiesta la única función de la invención y no aquellas, constantes en el arte cultural, del camaleón o del mono».²⁸

La opinión de Dubuffet fue entonces revolucionaria, todavía no se había reconocido el valor de estas creaciones. Muy cerca quedaban los horrores del Tercer Reich con sus ideas de exterminio de los enfermos mentales y la terrible exposición de los Nazis sobre «Entartete Kunst» (arte degenerado). Si antes de la segunda guerra había habido intentos de valorar el arte de los pacientes de clínicas psiquiátricas, presos o enfermos, éstos habían sido casi exclusivamente iniciativas de médicos. De este modo también prevalecía el

²⁸ DUBUFFET, Jean, (1949), *L'art brut préféré aux arts culturels*, Paris.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

punto de vista clínico que intentaba descubrir en el arte de los enfermos signos de la enfermedad. Se trataba de catálogos con características patológicas en las obras de diferentes enfermos mentales, criminales o marginales.



Ilustración 1: Ernst Ludwig Kirchner, «Drei alte Frauen».

Una de las primeras obras sobre el arte de los enfermos mentales es la de Cesare Lombroso quien, con interés científico, coleccionaba obras de pacientes, las clasificaba e intentaba ordenarlas según las características patológicas. En su libro ***L'Uomo di Genio***²⁹ presentó ciento ocho casos y los clasificó en «tendencias artísticas». Lombroso creía que cualquier producto de lo que él llamaba «*l'arte nei pazzi*» (el arte de los locos) tenía los rasgos de la locura. Lombroso era antropólogo, criminólogo y psiquiatra y seguramente uno de los científicos de más influencia en la psiquiatría de la generación anterior a Sigmund Freud. Sus teorías, no obstante, hoy son consideradas bastante obsoletas.

²⁹ LOMBROSO, Cesare, (1882), ***Uomo di genio***, Turín.

A principios del siglo XX se publicaron dos obras fundamentales para el reconocimiento del arte de los enfermos mentales. Primero el importantísimo libro de Hans Prinzhorn ***Bildnerei der Geisteskranken***³⁰ (La creación plástica de los enfermos mentales). Este psiquiatra alemán, formado también en historia del arte, empezó a coleccionar los productos plásticos de sus pacientes psicóticos en la clínica psiquiátrica de Heidelberg. El éxito de la colección y sobre todo del trabajo de investigación y su posterior publicación tuvo que ver mucho con el apoyo que recibió el autor del director de la clínica, Dr. Karl Wilmanns. Prinzhorn estudiaba las obras de pacientes de clínicas de Alemania, Austria, Suiza, Italia, Holanda y hasta de Estados Unidos y Japón. Lo revolucionario en la obra de Prinzhorn ha sido su aproximación artística a las obras de los enfermos mentales. Este historiador del arte y psiquiatra estaba interesado en los temas fronterizos entre psicopatología y composición artística, su interés no sólo era hacia el arte de sus pacientes sino también hacia las tendencias artísticas de su época, principalmente las del expresionismo. Su libro causó gran impresión no sólo en círculos de la psiquiatría sino también entre los círculos artísticos de la época (Paul Klee por ejemplo fue un lector apasionado de ***Bildnerei der Geisteskranken***). También Dubuffet se mostró profundamente impresionado por la obra de Prinzhorn que descubre que los móviles para la creación plástica son comunes a los enfermos y a los «normales». Con esta observación saca las creaciones de los enfermos mentales del área de la psicopatología, lo que es un paso importantísimo en el reconocimiento por parte de la crítica del arte.

Otro de los autores fundamentales para el reconocimiento del arte de los enfermos mentales es el psiquiatra suizo Walter Morgenthaler. Siendo joven el doctor Morgenthaler llegó a conocer al artista Adolf Wölfli en la clínica Waldau de Berna y quedó profundamente impresionado por su obra. Morgenthaler tenía una sensibilidad especial para el arte siendo su hermano Ernst Morgenthaler, uno de los pintores suizos más importantes de la época. De este modo el acercamiento a la obra de Wölfli es doble, por una parte el psiquiátrico y por otra el artístico. Morgenthaler reconoció que Adolf Wölfli era un artista, consideró

³⁰ PRINZHORN, Hans, (1922), ***Bildnerei der Geisteskranken***, Berlín.

que su producción plástica, literaria y musical tenía un valor artístico y abrió los caminos al reconocimiento de Wölfli como artista ingresado en un hospital psiquiátrico por sus problemas mentales. El estudio sobre el arte de Wölfli apareció en el año 1921 bajo el título ***Ein Geisteskranker als Künstler*** (Un enfermo mental como artista) y en el mismo año Morgenthaler organizó una exposición de cuadros de Wölfli en una librería de Berna. Lejos de tratar al artista como caso psiquiátrico, Morgenthaler hizo una aproximación mucho más amplia en el sentido de la crítica de arte. Wölfli sabía de su fama de artista y quiso que su médico utilizara su nombre real en las publicaciones. En el hospital Waldau de Berna, Morgenthaler fundó una colección con obras de pacientes psiquiátricos de toda Suiza que expuso en el año 1913 en un pequeño museo. Este museo también era único en su decoración, que había sido realizada por un paciente, concretamente por Adolf Wölfli.

Walter Morgenthaler descubrió muchas cosas en la materia del arte de los pacientes psiquiátricos y también se dio cuenta del peligro del reconocimiento del trabajo de Wölfli. Éste había empezado a dibujar mucho antes de la llegada del psiquiatra a la clínica, pero fue la primera vez que su trabajo encontró el aprecio y la admiración que merecía. Este reconocimiento tuvo por una parte el resultado de un crecimiento en la autoestima de Wölfli, y por otra parte Wölfli empezó a producir cuadros para su venta. Morgenthaler llamó a estos cuadros que surgían fuera de los libros de las grandes sagas wölflianas «Brotkunst», arte para ganar dinero para tabaco, lápices, papel o simplemente regalos. Son hojas sueltas que ya no surgen de la pura necesidad de producción plástica que llevaba a Wölfli a llenar miles de hojas con prosa, música, dibujos y collages. Morgenthaler también analizó las fuentes del artista «una revista llamada ***Über Land und Meer***. De ella [Wölfli] recorta imágenes y las pega en sus propios cuadros. También tenía un viejo atlas. Sus conceptos históricos y geográficos venían de estas revistas, pero estas fuentes externas son sólo mínimamente importantes».³¹ Morgenthaler se convirtió en un verdadero crítico de arte cuando intentó describir lo irrepetible, lo característico en la obra de Wölfli, sus símbolos, el proceso de creación, de las simetrías: «Era raro realmente que Wölfli hiciera un verdadero esbozo. En la mayoría de

³¹ MORGENTHALER, Walter, (1921), ***Ein Geisteskranker als Künstler***, Berna, (p. 13).

los casos, después de haber realizado unos pocos contornos, empezaba en cualquier punto de la esquina de la hoja, haciendo primero el marco, y luego trabajando en áreas sucesivas, moviéndose hacia el centro. Después de haber intentado varios métodos, decía que iba mejor de esta manera. Sabía cómo distribuir los colores con una seguridad sorprendente. Se veía esto especialmente cuando le faltaban ciertos colores. Entonces distribuía los que le quedaban de manera que mantuvieran constantemente un conjunto armonioso, incluso cuando sólo tenía uno o dos... Uno se daba cuenta que a pesar de la ausencia de cualquier plano, el detalle siempre estaba subordinado, o sacrificado, al todo».³²

Al igual que la publicación de Prinzhorn, el libro de Morgenthaler despertó un gran interés en los círculos artísticos europeos de la época. El mismo psiquiatra discutió la obra con su hermano y la presentó a muchos artistas cuyas reacciones y comentarios le interesaban profundamente. Conceptualizando la existencia de Wölflí en términos de una lucha dinámica entre partes de su personalidad, Morgenthaler estaba operando dentro del marco del temprano psicoanálisis. Su concepción de la función de objetividad acuerda muy bien con aspectos de la psicología del ego psicoanalítico, su crítica hacia el psicoanálisis era precisamente que éste no conseguía dar la suficiente atención al papel de organización y ordenación de funciones dentro de la personalidad. Familiarizado con el psicoanálisis en sus tempranas fases, veía que era correcto enfocando el papel de los instintos y sus derivados, entendió que el énfasis psicoanalítico sobre el instinto era el resultado de un esfuerzo para corregir los fallos de psicologías anteriores en este aspecto. «La reacción contra esta actitud antigua y tendenciosa era el psicoanálisis. Ve ahora el artista predominantemente cabalgado por el instinto, y tiene que ser en este sentido naturalmente tendenciosa».³³ La crítica de Morgenthaler hacia el psicoanálisis estaba muy fundamentada aunque era prematura. En estos años tempranos Freud estaba trabajando en su teoría que se publicaría en su importante ensayo «El ego y la identidad» de 1923, donde contestaría a muchas de las cuestiones planteadas por Morgenthaler sobre la operación del ego con bastante más

³² Ibid. (pp. 50, 78).

³³ Ibid. (p. 85).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

precisión de la que Morgenthaler habría sido capaz de imaginar. A pesar de todo es obvio que Morgenthaler estaba familiarizado con la mayoría de las ideas de esta disciplina, aunque no era un psicoanalista, y que estas ideas jugaban un papel decisivo pero limitado en la comprensión de la vida y obra de Wölflí. Su libro representa el primer movimiento importante en la dirección de una aproximación psicoanalítica al arte de los enfermos mentales.

3.2 Los movimientos artísticos y el *art brut*

Si hay un movimiento artístico que se interesara por el arte de los enfermos mentales, éste ha sido el expresionismo. En 1912 se celebró una completa e importante exposición de arte internacional contemporáneo en Colonia en la que se intentaba demostrar el alcance y la riqueza del movimiento expresionista. Un lugar especial ocupó la obra de Vincent Van Gogh, considerado el principal de los precursores y estimuladores del movimiento. El filósofo Karl JASPERS escribió sobre ella: «En la exposición de Colonia de 1912, donde el arte expresionista extrañamente uniforme estaba dispuesto alrededor de los maravillosos Van Goghs, tuve continuamente el sentimiento que Van Gogh era de una forma sublime el único loco entre tantos artistas que quieren ser locos pero que, en realidad, son todos sanos».³⁴ En el análisis de Jaspers surge la profunda atracción que ejercía el arte psicopatológico hacia los artistas expresionistas. Para Jaspers Van Gogh pertenecía claramente al grupo de los enfermos mentales, pero al contrario de muchos críticos para quienes la producción de los expresionistas era suficiente para un diagnóstico de locura, él los consideraba demasiado sanos para alcanzar el tan buscado estado mental. El movimiento *Brücke* se identificaba tanto con la obra del genial holandés Van Gogh que en 1907 el pintor Nolde propuso en tono de broma que no se llamaran más *Brücke* sino «Van Goghiana».

Lo interesante para nosotros es saber si había o no contactos entre el movimiento expresionista y obras de pacientes de clínicas psiquiátricas. Lo común que se puede encontrar en las obras de los expresionistas es un énfasis sobre la intensidad emocional y un retorno a técnicas consideradas primitivas. Los primeros expresionistas del movimiento *Die Brücke* buscaban temas que chocaban con el refinado gusto del coleccionista de arte burgués. Violencia, fisionomías feas, colores fuertes, desnudos. No es de extrañar que en las primeras exposiciones de arte expresionista, ambos, críticos y público, calificaran a los autores de enfermos mentales. El expresionismo es un arte que ve el mundo interior a través de las emociones interiores, personales, profundas

³⁴ JASPERS, Karl, (1949), *Strindberg und van Gogh: Versuch einer pathographischen Analyse*, Munich, (p. 182).

del artista y se acerca por tanto a la producción sin filtro de un enfermo mental o del artista primitivo. Ya habíamos visto que Dubuffet relacionaba a los dos, o al menos al arte de los dos. Los expresionistas asumían, también en el sentido del manifiesto del *art brut*, una posición anticultural (contra las artes culturales como las llamaría Dubuffet).

En Alemania es donde el mundo artístico empezó a estimar el arte primitivo africano como igual al arte europeo. Los artistas estaban fascinados por la inmediatez, el poder del arte primitivo. No se trataba sólo de los objetos de colección que podían haber sido conocidos ya en el *fin de siglo* cuando los refinados círculos parisinos empezaron a colgarlos en sus salones (Des Esseintes en ***A rebours*** de HUYSMANS³⁵, por ejemplo). La influencia del arte psicopatológico en los primeros expresionistas es obvia: los autorretratos de Meidner, Kokoschka o Kirchner atestiguan esta fascinación hacia el arte psicótico, pero hay que añadir que los artistas en cuestión sólo conocían el arte de los enfermos mentales a través del ejemplo de Van Gogh. La admiración romántica de Kirchner por el genio holandés culminó en un autorretrato como hombre enfermo en una especie de habitación «van goghiana». Kirchner estuvo realmente en tratamiento psiquiátrico en la clínica de Kreuzlingen (Suiza) entonces a cargo del famoso psiquiatra Binswanger, parece que Kirchner no era realmente psicótico sino que sufría de una fuerte depresión a raíz de su reclutamiento durante la primera guerra mundial.

³⁵ HUYSMANS, Joris-Karl, (1977), ***A rebours***, Paris, Gallimard.



Ilustración 2: Vincent Van Gogh, «Autorretrato».

También Klee utilizaba en cuadros elementos de dibujos de enfermos mentales. Sabemos que el artista conocía el libro de Prinzhorn y parece que ya antes de su publicación había visto cuadros de la colección del psiquiatra. También es bastante seguro que había conocido la obra del pintor sueco Ernst Josephson que enfermó gravemente a los treinta y siete años y tuvo que ser ingresado en una clínica psiquiátrica. La producción artística de Josephson cambió dramáticamente de estilo y se convirtió en una especie de predecesor expresionista.

La publicación de las obras de Prinzhorn o de Morgenthaler fue importante para muchos artistas expresionistas; estos libros significaron un

contacto real con las obras de enfermos mentales antes reservadas al público restringido de la psiquiatría (las colecciones de arte de pacientes existían desde finales del siglo pasado pero estaban guardadas). El movimiento expresionista llegó a ser perseguido precisamente por el interés hacia el arte «psicopatológico» y las manifestaciones plásticas no convencionales de sus miembros. Desde Cesare Lombroso el genio se asociaba a la locura y estas ideas pseudocientíficas tuvieron su triste culminación en la persecución de muchos artistas por parte de las autoridades de la Alemania nacionalsocialista y la doctrina de *Entartete Kunst* (arte degenerado). Los Nazis acusaron a los expresionistas de ser portadores de elementos genéticos degenerados y de ser enfermos mentales, el mismo país donde pocos años antes había sido publicado el libro de Prinzhorn empezó a perseguir a los artistas expresionistas a partir del año 1933. De repente la psiquiatría tenía que servir para defender teorías de superioridad de la raza aria, la enfermedad mental ya no era vista como enfermedad sino como una consecuencia de la impureza racial.

La rabia de ciertos artistas, profesores de bellas artes y críticos contra todo el arte moderno encontró un eco agradecido en la propia opinión del *Führer* que se preocupaba mucho por cuestiones estéticas. Su odio contra ciertos profesores podría explicarse ya que fue rechazado dos veces por la academia de Viena para las clases de dibujo. Escribe Marián LÓPEZ F. CAO: «Joseph Goebbels, director de propaganda, fue el encargado de trazar las líneas maestras sobre lo deseable y no deseable en el arte. El expresionismo, cubismo y futurismo fueron considerados no deseables».³⁶ La exposición «Entartete Kunst» (Arte degenerado) en Berlín (1937) ridiculizaba a muchos artistas cuyas obras fueron confiscadas en las colecciones de arte públicas. Con la ayuda de comparaciones con obras de enfermos mentales, fotografías de retrasados mentales deformes, imágenes políticamente indeseados etc., la máquina de propaganda nazi consiguió un éxito sin precedentes contra los artistas expresionistas. Se presentaron a los visitantes como degenerados, psicóticos e imitadores de obras de artistas racialmente inferiores como los africanos. Fue la mayor exposición de arte supuestamente «psicopatológico», la visitaron dos millones de alemanes y fue un éxito total para el partido. Fue

³⁶ LÓPEZ F. CAO, Marián, (1997) *Käthe Kollwitz*, Madrid, Ediciones del Orto, (p. 28).

como el retorno al hospital de Bedlam en Londres, cuando en el siglo XVIII la gente se divertía por una módica entrada viendo a los enfermos mentales como si fueran animales en un zoológico. El liderazgo de Alemania en la investigación sobre el arte de los enfermos mentales fue destruido y la investigación dio un paso atrás de unos cincuenta años. La colección Prinzhorn fue empaquetada y abandonada en un almacén de donde sólo se rescató hace pocos años, los Nazis quemaron cerca de cuatro mil obras en 1939. Los expresionistas no habían descubierto la locura de los manicomios sino la locura que se había apoderado de la humanidad, y el régimen nacionalsocialista no podía aguantar las representaciones de sus propias barbaridades.

Si el movimiento expresionista fue fuerte en Alemania, en Francia el movimiento artístico que se interesó por el arte de los no-académicos fue el de los surrealistas. André BRETON se había inspirado fuertemente en los textos de Freud para formular los fundamentos del movimiento. La importancia de lo inconsciente para los surrealistas los hacía especialmente sensibles hacia el arte de los enfermos mentales que parecían saltar la censura del ego pensador para llevar los sentimientos humanos más profundos directamente al papel. Freud, por su parte, no tenía tanta estima hacia los miembros del movimiento fundado por Breton; además de su poco interés por el arte contemporáneo en general, pensaba que precisamente en los surrealistas había que tener en cuenta lo consciente, mientras que en el arte clásico buscaba lo inconsciente.

Pero Breton no había conocido la psiquiatría a través de los escritos del psiquiatra vienés, como en muchos casos, el comienzo fueron sus experiencias durante la primera guerra mundial. Breton había trabajado en un centro psiquiátrico donde se trataban sobre todo casos relacionados con los traumas de la guerra o el servicio militar, había visto muchos casos de enfermedades mentales y no estaba muy de acuerdo con los métodos de tratamiento que proponían los médicos militares, pero tuvo la oportunidad de reunir experiencias de primera mano con muchos pacientes cuyas ideas extrañas, pensamientos e imágenes poderosas y bellas le impresionaron fuertemente. El surrealismo nació inmediatamente después de su experiencia en el hospital psiquiátrico. Intrigado por la riqueza creativa de muchos pacientes, Breton empezó a explorar su mundo interior, iluminando su propia psique con los

métodos que había utilizado antes con los enfermos. La «asociación libre» de Breton no es nada más que la adaptación de la técnica descrita por Freud en «La interpretación de los sueños». Si el psicoanalista quería explorar las profundidades del subconsciente para poder tratar a sus pacientes, los surrealistas intentaban descubrir los sentimientos más profundos en su interior para poder hacer un arte original que se alimentara directamente en el inconsciente, que brotara de las profundidades del ser humano.

La gran diferencia entre el arte surrealista y el *art brut* reside precisamente que los surrealistas, artistas intelectuales, buscan lo que los artistas sin formación, sean o no enfermos mentales, hacen sin darse cuenta de que están produciendo un arte genuino y verdadero. Breton mostraba mucho interés en el arte de los enfermos mentales. En el caso de una chica que se hacía llamar Nadia, Breton se comprometió mucho en él pero nunca fue capaz de reconocer los graves problemas psicológicos de ella que lo adoraba muchísimo. El resultado fue una publicación con algunos dibujos de Nadia que acabó confinada en un hospital psiquiátrico.

Pero el surrealista más comprometido con el arte de los enfermos mentales fue Max Ernst. Su preocupación por este arte empezó en el año 1910 en Bonn cuando descubrió una colección de esculturas y pinturas en la clínica psiquiátrica de la ciudad donde Ernst estaba estudiando psicología y psiquiatría. Las piezas de esta colección (hoy desaparecida) causaron una influencia profunda sobre el joven estudiante que se interesaba tanto por el arte como por la psiquiatría. Ernst incluso tenía la intención de publicar un libro sobre el arte de los enfermos mentales, proyecto que abandonaría con la publicación del libro de Prinzhorn. Pero su interés por las creaciones de artistas fuera del mundo oficial del arte influyó mucho en la obra de Ernst. En algunos ejemplos podemos ver claramente la obra (frecuentemente de la Colección Prinzhorn) que había inspirado al surrealista alemán (Natterer, Brendel sobre todo).

Ernst también llevó el libro de Prinzhorn a sus compañeros surrealistas a Francia donde la obra se convirtió en una especie de biblia. «Max Ernst, al viajar a París en 1922, llevó de regalo un ejemplar de este libro a Paul Éluard, que

diría sobre él que es 'el libro de imágenes más bello que existe'». ³⁷ Nunca en Francia se habían visto obras de pacientes psiquiátricos de tan gran calidad. El impacto de la obra en el París de los años veinte fue considerable: diferentes galerías empezaron a organizar exposiciones con obras de enfermos mentales y el coleccionismo de *l'art de la folie* se puso de moda en los círculos artísticos parisinos. El enfoque de esta moda era claramente artístico y estético y descuidaba de alguna forma el aspecto psiquiátrico de los artistas psicóticos. Los surrealistas (con la excepción de Breton y Ernst) no tuvieron contactos directos con enfermos mentales recluidos en hospitales, su visión idealizada no era muy distinta del romántico «genio de locura».

Sería un artista de sus propias filas que les demostraría con toda la crueldad lo que quería decir locura en realidad: Antonin Artaud. El escritor surrealista había hecho las contribuciones más importantes en lo que él llamaba «teatro de la crueldad», el surrealismo aplicado al teatro al fin y al cabo. Artaud era adicto a varias drogas y su estado psíquico empeoraba cada vez más; pasó nueve años en diferentes hospitales psiquiátricos franceses en una época en que la psiquiatría francesa no gozaba precisamente de una buena fama. Artaud empezó a escribir cartas a sus amigos parisinos, a dibujar; su testimonio es uno de los más impresionantes sobre la experiencia de la locura en este siglo. Para los surrealistas esta experiencia fue de gran importancia y se dieron cuenta de la relativa inocencia de sus «juegos» (escritura automática, *frottage*, drogas) con el inconsciente. Los artistas surrealistas de verdad se encontraban en los manicomios, ellos no sólo jugaban a expresar imágenes de lo más profundo de la mente humana, ellos lo expresaban sin filtro y sin reflexión intelectual. Los surrealistas habían intentado meterse en un territorio artístico que ya estaba completamente ocupado. Su maestro, André Breton, había reconocido el valor artístico de las producciones de los enfermos mentales, pero, en lugar de reconocerlo como tal y respetarlo o hacer respetarlo, el padre del surrealismo había intentado emularlo.

Como ya se ha dicho anteriormente la tarea de procurar que se respetase y reconociera el arte de los enfermos mentales como una

³⁷ CARDINAL, Roger, (1993), «El surrealismo y el paradigma del sujeto creador», en: **Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal**, Madrid, Mncars, (p. 104).

manifestación artística más, sería acometida por el pintor francés Jean Dubuffet quien se convirtió en el defensor más serio del arte de los marginados y de los que se encontraban fuera de los círculos oficiales del arte. Dubuffet no quería hablar de arte psicopatológico, a pesar de que la mayoría de las obras que figuran por ejemplo en la *Collection de l'Art Brut* en Lausanne (colección fundada por el pintor francés) proceden de artistas considerados generalmente esquizofrénicos. Pero Dubuffet decía que «no existe un arte de los locos, lo mismo que no se puede hablar de un arte de los enfermos de la rodilla o de los que sufren de trastornos digestivos».³⁸ Para los defensores del *Art brut* las «tablas patográficas» (características de enfermedades) de los psiquiatras hoy en día sólo pueden provocar risas. Todavía en 1962 el doctor Helmut RENNERT clasificó en su obra *Las características de la plástica esquizofrénica* los signos de la enfermedad de la siguiente manera: «Falta de perspectiva, dominación de tendencias lúdicas, formas que crecen abundantemente, desacato de las reglas estéticas, relleno ornamental de los fondos, integración de elementos de escritura, desproporcionamiento de las figuras, geometrización y esquematización etc.».³⁹

Michel THÉVOZ, director actual de la *Collection de l'Art Brut*, es especialmente crítico con estos juicios: «En otras palabras cualquier diferenciación de las normas académicas es considerada sintomática, señal de enfermedad. Según estos criterios todo el arte moderno desde Manet y especialmente el de Matisse, Klee, Picasso y Ernst tendría que clasificarse dentro de la psiquiatría».⁴⁰ Thévoz, que se ha convertido hoy en día en una autoridad en el resbaladizo terreno del *art brut*, sigue esgrimiendo fundamentalmente los argumentos de Dubuffet. Para el catedrático de la Universidad de Lausanne las fuentes del arte marginal (como prefieren llamar algunos autores el *art brut*) no se han secado aunque la aplicación masiva de psicofármacos en los hospitales psiquiátricos inhibe también la creatividad de algunos «locos inspirados» como él los llama. «Las manifestaciones de anormalidad creativa se hunden de esta manera en las profundidades, lo que

³⁸ THÉVOZ, Michel, (1990), *Art brut, Kunst jenseits der Kunst*, Aarau, AT, (p. 7).

³⁹ RENNERT, Helmut, (1962), *Die Merkmale schizophrener Bildnerie*, Jena, Gustav Fischer, (pp. 73-74).

⁴⁰ THÉVOZ, Michel, (1990), *Art brut, Kunst jenseits der Kunst*, Aarau, AT, (p. 8).

dificulta su descubrimiento cada vez más».⁴¹ A pesar de todo la colección ha podido ampliarse por más de 10.000 obras nuevas desde su instalación definitiva en el Château de Beaulieu en el año 1975 y sigue siendo el museo más importante de arte marginal en el mundo.

Existen otras colecciones de arte marginal en Berna (Fundación Adolf Wölfli), St.Gallen (Fundación para arte naif y brut suizo), en Francia (La Fabuloiserie en Dicy, Musée de l'Aracine en Neuilly-sur-Marne), en Alemania (la conocida Colección Prinzhorn en Heidelberg), en Inglaterra (Outsider Archive en Londres) y en los Estados Unidos (American Visionary Art Museum en Baltimore) y desde hace muy poco el Stadlmuseum en Holanda. El arte de los enfermos mentales y de los marginados también ha salido de los hospitales y de las colecciones especializadas gracias a iniciativas como la exposición «Visiones paralelas»⁴² que pudo verse en el Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía en Madrid y que mostraba cómo muchos artistas «oficiales» habían sido influenciados por artistas marginales. En el mismo año de la lectura de este trabajo (2001), el Museo de Arte Contemporáneo de Barcelona expone las obras más importantes de la Colección Prinzhorn bajo el título «Trazos sobre el bloc mágico».

Las obras de la Colección Prinzhorn fueron reunidas entre 1890 y 1920. Hoy la situación de los psicóticos es muy diferente. Su enfermedad se trata con medicamentos mucho más eficaces que entonces. La medicación modifica sin duda los impulsos de los pacientes psicóticos que en muchos casos dejan de tener esa energía pura de crear.

Otro aspecto importante es la aceptación de las creaciones de los enfermos mentales como obras de arte. La exposición de los fondos Prinzhorn en el Macba ha mostrado que todavía existen muchos prejuicios del público hacia el *art brut*. Aunque el interés es grande, las razones para ver este tipo de arte son mayoritariamente más bien una especie de morbo o un interés puramente psiquiátrico. Así **El País** titula el artículo dedicado a la exposición: «El Macba exhibe el arte realizado por locos de los fondos de Prinzhorn».⁴³ La colección que ha sido guardada en los almacenes desde aquella horrible

⁴¹ Ibid., (p.14).

⁴² VV.AA., **Parallel Visions**, (1992), Princeton, L.A. County Museum & Princeton, U.Press

exposición de los Nazis titulada «Arte degenerado» va a tener pronto una casa. En septiembre del año 2001 abrirá sus puertas el Museo Prinzhorn en la Universidad de Heidelberg y probablemente habrá sido la última ocasión de ver estas obras únicas fuera de Alemania.⁴⁴

Un historiador del arte que tiene mucho mérito por haber incluido el *art brut* en acontecimientos de rango oficial (museos públicos, ferias de arte internacionales) es el suizo Harald Szeeman, curador de la exposición «Suiza visionaria» donde también incluía obras de artistas marginados. Otro personaje importantísimo en la historia reciente del arte de los enfermos mentales es Leo Navratil, el psiquiatra que ha fundado la Casa de los Artistas en la clínica psiquiátrica de Gugging cerca de Viena. Los artistas de Gugging han alcanzado fama mundial y se exponen en galerías de mucho prestigio. Pero aunque amigos Navratil y Dubuffet no estaban de acuerdo en todos los puntos. El psiquiatra vienés escribe en **Raw Vision**⁴⁵:

«Fue Dubuffet quien acuñó la frase a menudo citada: 'No existe ningún arte de los enfermos mentales tan poco como se puede hablar de un arte de gente con problema de dispepsia o de los enfermos de la rodilla. 'Mi respeto por Jean Dubuffet como el hombre que descubrió el *art brut* y como amigo de los artistas de Gugging no se ve de ninguna manera disminuido por el hecho de que no esté completamente de acuerdo con él. Simplemente no se pueden poner al mismo nivel los trastornos psicóticos con enfermedades físicas. Desde luego no conocemos ningún arte de los dispépticos o de gente con problemas de rodilla; pero sí conocemos el arte de los esquizofrénicos, de los maníaco-depresivos, de los epilépticos y de gente con daños cerebrales. *Art brut*, después de todo, es esencialmente un arte creado por personas con trastornos mentales graves. A pesar de que Dubuffet no carecía de conocimientos psiquiátricos (se había encontrado personalmente con algunos pacientes y tenía amistad con algunos psiquiatras) su concepto de

⁴³ **El País**, Madrid, 24 de enero 2001 (p. 39).

⁴⁴ VV. AA., (2001) **La Colección Prinzhorn, Trazos sobre el bloc mágico**, Catálogo de Exposición, Barcelona, Macba, (p. 5). (VV. AA., (2000), «The Prinzhorn Collection: Traces upon the *Wunderblock*», en: **Drawing Papers 7**, New York, The Drawing Center.

⁴⁵ NAVRATIL, Leo, «Art Brut and Psychiatry», en: **Raw Vision**, nº 15.

enfermedades mentales estaba parcialmente en conflicto con la realidad. Como él lo ve, Wölfli y Aloïse vivían su arte y estaban encerrados porque eran artistas. Aparentemente Dubuffet no quería darse cuenta de que la psicosis no sólo representa un estado de independencia interior y libertad de los estándares restricciones sociales, sino al mismo tiempo un grave trastorno psicológico, una minusvalía y un sufrimiento»

Navratil sigue diciendo que aunque los esquizofrénicos graves no se den completamente cuenta de su «otredad», aunque vean su destino con la edad como una cosa aguantable y su sufrimiento a veces sea mínimo, continúan deseando la aceptación social queriendo ser sanos o «normales» otra vez. El psiquiatra austríaco defiende la idea de que también gente no psicótica puede crear *art brut*, puesto que estén en un grado considerable socialmente aislados, vivan en el margen de la sociedad o sean retrasados mentales. El concepto rígido de *art brut* establecido por Dubuffet parece estar hecho a medida de los esquizofrénicos. Para Dubuffet cualquiera podría producir arte, lo único que lo impide son las limitaciones sociales que se han impuesto en el curso de la educación. Navratil no está de acuerdo en esto porque cree que, aunque la psicosis podía anular este tipo de barreras, no cualquier paciente psicótico es capaz de crear un arte original. «Tenemos que reconocer que la esquizofrenia no hace a todos los pacientes iguales. Al contrario, la peculiaridad individual de los psicóticos está más marcada que en gente con una salud mental buena. De alguna manera los psiquiatras del siglo pasado tenían razón cuando veían la psicosis como 'individualidad elevada a su extremo'». ⁴⁶

El *art brut* está reconocido actualmente, lo prueban también numerosas publicaciones, nuevas colecciones especializadas. En Londres se edita una revista mensual sobre *art brut* con el título **Raw Vision**.⁴⁷ También parece que se han superado varios tópicos contra los que luchó Dubuffet durante toda su vida, como la visión romántica de «genio loco» pero también la «psiquiatrización» de las manifestaciones plásticas de los enfermos mentales, y se ha llegado a la opinión generalizada entre el público especialista que los artistas enfermos mentales tienen su lugar en el rico mundo artístico.

⁴⁶ Ibid.

⁴⁷ **Raw Vision**, Londres, Paris, Nueva York.

3.3 Algunos artistas brut

En esta parte se presentan algunos artistas *brut* que ya forman parte del repertorio del arte internacional aunque nunca han pretendido hacerlo. La mayoría de ellos ha pasado gran parte de su vida en instituciones psiquiátricas con mayores o menores facilidades para la práctica del arte. Algunos de ellos no han estado confinados a manicomios pero siempre se han movido al margen de la sociedad y de lo que Dubuffet llamaba las corrientes del arte internacional. Los pintores presentados se han seleccionado porque sufrían en su gran mayoría de esquizofrenia. Lo que cuenta para este trabajo no es solamente la calidad estética y artística de las obras sino, sobre todo y primordialmente, la alternativa de comunicación que constituye la expresión plástica para sus autores que sufrían de trastornos de comunicación importantes. Algunos de ellos llegaron incluso a inventar lenguajes individuales que entendían sólo ellos. En estos casos la expresión plástica constituye una fuente inestimable para el conocimiento de la mente humana ya que el lenguaje visual se mueve a un nivel distinto del verbal, estando más cerca del inconsciente.

3.3.1 Gaston Duf



Ilustración 3: Gaston Duf, «Pâûlîchinêlê Gânsthêrs Vitrês'-he», 1949. Lápices de color.

Gaston Duf nació en 1920 como hijo de un padre alcohólico y violento en la zona minera francesa de Pas-de-Calais. Tuvo una infancia oscura. Era débil, casi analfabeto y tenía tendencias suicidas. Después de haber empezado a beber y de haber perdido varios empleos, se le ingresó a los veinte años en una clínica psiquiátrica en Lille. Un día un médico descubrió que Duf escondía unos dibujos extraños en el forro de su chaqueta. El médico no se opuso a esta costumbre, al contrario puso a disposición del paciente lápices de colores y acuarelas. Después de haber hecho dibujos de cada vez más tamaño durante seis años, interrumpió cualquier producción plástica.

El tema recurrente, casi obsesivo es un animal curioso y que cambia constantemente su forma. Duf lo llama rinoceronte aunque no tiene mucho que

ver con el animal real del mismo nombre, se trata más bien de una forma de microcosmo o de principio primitivo del cual evolucionan todo tipo de formas reales imaginables. A veces se encuentran también otros motivos como payasos, pájaros o utensilios de uso diario. Aunque cuando se contemplan éstos con más atención, se pueden reconocer en sus jorobas y perfiles serrados que también aquí se trata de rinocerontes camuflados.

Los psiquiatras atribuyen esta producción a unas visiones patológicas. ¿Pero no se debería ver este animal fantástico como una especie de tótem alrededor del cual se ha formado una mitología particular que viene a ser lo mismo que cualquier otro sistema filosófico o religioso?

3.3.2 Sylvain Fusco



Ilustración 4: Sylvain Fusco, «Reina», 1935. Pastel.

Nacido en 1903, Sylvain Fusco era carpintero como su padre. Fue condenado por un crimen pasional a dos años de prisión, y después de salir de la cárcel lo reclutaron para el servicio militar en un batallón de castigo en Argelia. A las medidas de castigo y disciplinarias reaccionaba con un silencio tan profundo que lo licenciaron. De vuelta a casa de su madre en Lyon llamaba la atención por su comportamiento inactivo y callado por lo que lo ingresaron en 1930 en el hospital du Vinatier, allí se sumió en un mutismo total para siempre.

Una forma de actividad artística empezó en 1935 cuando Fusco comenzó a garabatear *graffitis* en las paredes de su cuarto; negándose a aceptar el material de pintura que le ofrecieron después. Pintaba el fondo de sus obras con pétalos de flores y rascaba sus dibujos sobre este fondo con piedras puntiagudas que encontraba en la tierra. Al principio representaba partes íntimas femeninas, como especies de úteros, luego figuras hermafroditas y finalmente mujeres frecuentemente desnudas. Después de una interrupción inexplicable de seis meses aceptó en 1936 papel y pasteles y empezó a dibujar figuras

ricamente adornadas y grupos de mujeres que llaman la atención por su desnudez opulenta. Estas figuras parecen salir como alucinaciones de la red aleatoria con la que cubría Fusco las hojas al principio de su trabajo; esta red le servía a sus sueños como una especie de pantalla de proyección. Después de que Fusco hubo pintado unas cien obras más, interrumpió la actividad inesperadamente.

En 1940 el racionamiento llevado a cabo en las clínicas psiquiátricas francesas tuvo como consecuencia la muerte de cientos de enfermos. Fusco fue una de las primeras víctimas de este aniquilamiento.

3.3.3 Magde Gill

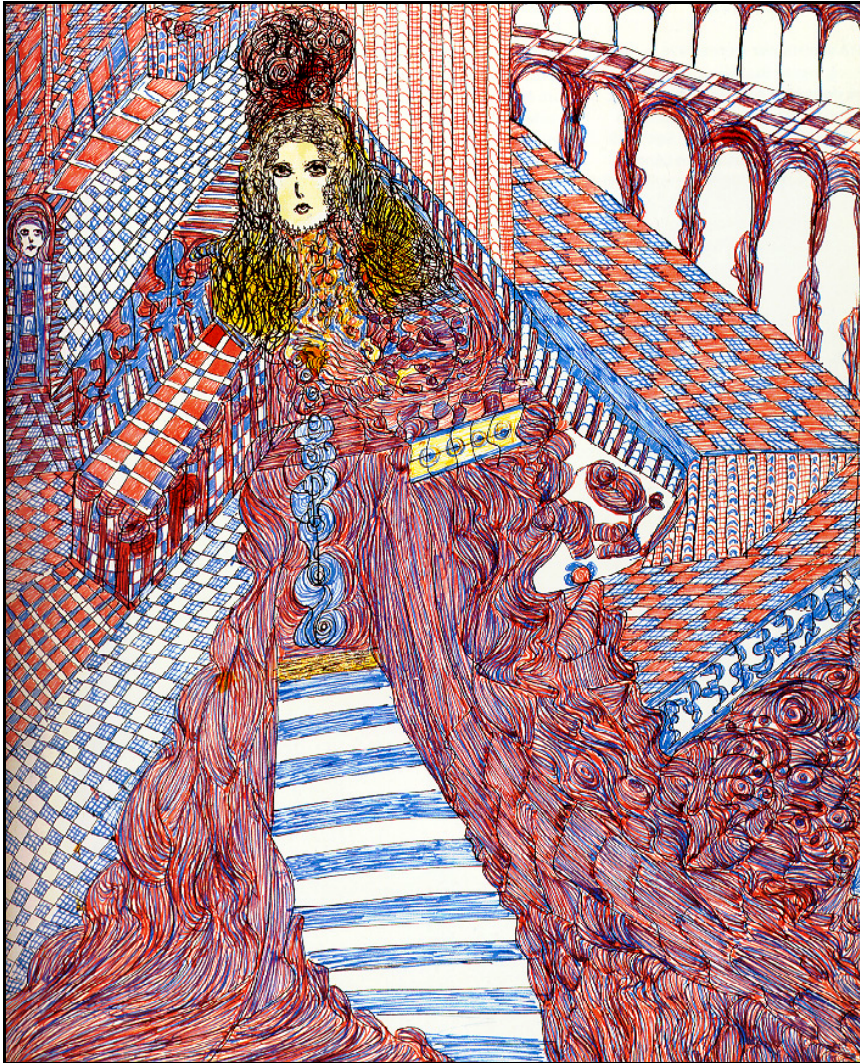


Ilustración 5: Magde Gill, Sin título, 1954. Tinta sobre cartón.

Magde Gill nació en 1882, hija de una madre soltera en Londres. En los primeros años su madre mantuvo su existencia en secreto. Esta circunstancia podría explicar la repetición obsesiva en los dibujos de Magde de una cara de mujer con la cual se identifica completamente.

Cuando trabajaba de enfermera en un hospital londinense, fue introducida por una tía en el mundo del espiritismo. Poco después empezó a dibujar bajo la influencia de un espíritu con el nombre de *Myrninerest*. También hizo trabajos de punto y escribió inspirados textos.

En el curso del tiempo sus trabajos se hicieron cada vez más voluminosos. En su buhardilla dibujaba medio a oscuras sobre largas telas que a veces medían más de diez metros, como le faltaba espacio se hizo construir un aparato que le permitía enrollar la tela de un rollo a otro mientras progresaba el trabajo.

Los dibujos de Gill son como fotogramas de una película, parecen una estrecha red de líneas en el cual las diferentes figuras se provocan y se producen mutuamente. La mencionada figura femenina puede repetirse cien veces en una sola composición, el espacio se llena de formas arquitectónicas laberínticas o motivos geométricos. El espectador se siente inseguro delante de la variedad de estas perspectivas unidas en un todo coherente.

Magde Gill estuvo casada y tuvo tres hijos. Cuando murió en 1961 viuda y sola, se encontraron en su casa cientos de dibujos que se apilaban en armarios y debajo de las camas.

3.3.4 Hans Krüsi

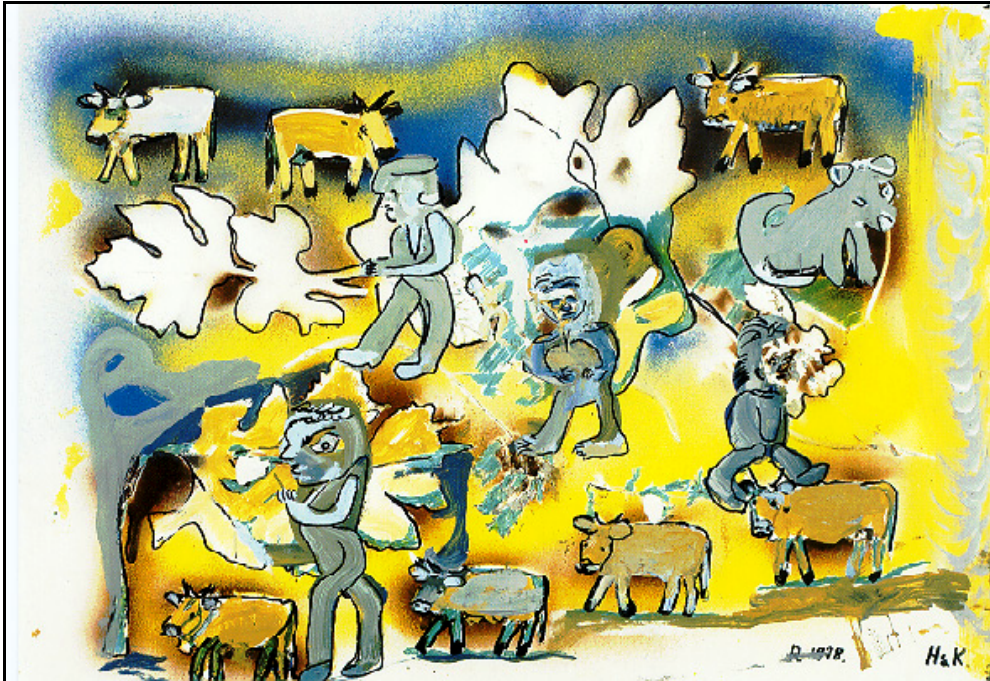


Ilustración 6: Hans Krüsi, «Menschen und Kühe» (Hombres y vacas). Oleo sobre cartón.

Hans Krüsi nació en el año 1920 en Appenzell (Suiza). No conoció a sus padres, sólo se sabe con seguridad que fue acogido a los dos años por unos campesinos y que ocho años más tarde lo confinaron a un orfanato. Después de una formación escolar rudimentaria se hizo primero ayudante de ganadería y luego jardinero. En 1948 se trasladó a St.Gallen de donde viajaba todos los días en tren a Zurich para vender flores en la afamada Bahnhofstrasse.

En 1975 empezó a dibujar y poco después también a pintar. Primero vendía los dibujos a los clientes que le compraban flores. Krüsi prefería motivos como paisajes de montaña, campesinos trabajando, animales domésticos, con preferencia vacas. Dominaba el arte de evocar, con unas pocas pinceladas, figuras vivas y sugestivas sabiendo aprovecharse de las posibilidades de la repetición de un modo extremadamente expresivo. Krüsi también utilizaba la técnica de la fotocopia para reproducir un motivo y manipularlo luego sutilmente. El motivo del rebaño de vacas se prestaba muy bien para este tipo de efectos de serie.

A partir de 1980 varias galerías suizas empezaron a interesarse por las obras de Krüsi. Esto mejoró la situación económica del artista al que, a pesar de todo, no accedía siempre a exponer sus cuadros en círculos que en el fondo no le caían bien. El caso Krüsi evidencia de manera dramática lo inadecuado del sistema comercial de las galerías para una creación original y espontánea.⁴⁸

⁴⁸ SCHAUFELBERGER, P., KILLER, P., (1995), *Hans Krüsi, Zum 75. Geburtstag*, Urnäsch, Sântis Verlag.

3.3.5 **Pascal Maisonneuve**



Ilustración 7: Pascal Maisonneuve, «Cabeza con cuernos», entre 1927 y 1928. Conchas marinas.

Pascal Maisonneuve era hijo de un mosaicista y nació en 1863 en Burdeos. En su ciudad natal abrió cerca del Rastro una almoneda. Empezó a expresar sus convicciones anarquistas y antimilitaristas haciendo caricaturas de diferentes poderosos europeos con conchas para después exponerlos en el escaparate de su tienda bajo el título «Ladrones a través de Europa». La cosa empezó a gustarle y produjo más esculturas fantásticas en las que el motivo político perdía importancia. Las conchas que poseía en cajas repletas procedían del mercadillo, los pegaba con yeso o los fijaba con pegamento sobre tablas de madera que recortaba con la forma de las caras.

Además de su efecto cómico, estas esculturas tienen una gran fascinación. Obligan al espectador a combinar una cara humana con unos elementos que a primera vista no tienen nada que ver. Es el mismo efecto que se produce cuando vemos caras o figuras en las nubes o en una formación

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

rocosa, los juegos fisonómicos de Maisonneuve desembocaron en una verdadera metafísica de la persona. Murió en 1934 en Burdeos.

3.3.6 Heinrich Anton Müller



Ilustración 8: Heinrich Anton Müller, «Hermine», 1917. Lápiz y tiza.

Heinrich Anton Müller nació en 1865 en Boltigen cerca de Berna; más tarde vivió en el cantón de Vaud donde trabajaba como peón viticultor. Alrededor de 1903 inventó una máquina muy bien pensada para la poda de las vides, esta idea le fue robada y aprovechada por otros lo que le produjo un estado de confusión mental y le obligó a pasar el resto de su vida en la clínica psiquiátrica de Münsingen, en el cantón de Berna. Según los psiquiatras, que le trataban, Müller sufría de megalomanía y manía persecutoria, pasaba el tiempo dibujando e inventando máquinas, especialmente preocupado con el *perpetuum mobile*. En el jardín del hospital construyó un catalejo gigante a través del cual observaba durante días un objeto hecho por él, con atributos sexuales. Müller también construyó otras máquinas grandes que servían únicamente para transmitir movimientos y echar energía en todas la direcciones del viento sin aprovecharla. No se conoce cuando murió Müller.

Entre 1917 y 1927 Müller se dedicó esporádicamente al dibujo; utilizaba folios que juntaba cosiéndolos para obtener grandes formatos. Sobre estos grandes folios dibujaba con tiza de carpintero figuras confusas, combinando representaciones realistas con esquematizaciones atrevidas. Su utilización de la perspectiva también es muy libre, como los cubistas, combinaba diferentes puntos y ángulos de vista en un cuadro. Algunas veces también las caras estaban sometidas a una duplicación interior como si quisieran mostrar la escisión de la personalidad.

Además de las obras plásticas se han conservado textos de Müller de una calidad poética extraordinaria en los cuales se libera de manera sorprendente del corsé de la gramática. Una parte de sus dibujos están expuestos en el Museo de Bellas Artes de Berna.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

3.3.7 Giovanni Battista Podestà



Ilustración 9: Giovanni Battista Podestà, «La cura de adelgazamiento», sin fecha. Técnica mixta.

Giovanni Battista Podestà nació en el seno de una familia pobre de agricultores en 1895 en un pueblo de la provincia de Cremona. Trabajó durante mucho tiempo en una fábrica de cerámica en Laveno, mientras dedicaba su tiempo libre a la realización de una obra que le ocuparía hasta su muerte en el año 1976. Los medios de expresión de Podestà fueron la pintura y la escultura, disciplinas en las que con el tiempo desarrolló una técnica muy personal que se basaba en la utilización de materiales brillantes como papel metálico y fragmentos de espejos. Desde el armario de cocina hasta los objetos de uso

diario, ningún objeto escapaba a la intervención del artista, incluso llegó a utilizar a su propia persona como superficie pictórica con un largo abrigo que había cubierto completamente con pinturas y frases. De la misma manera había adornado su sombrero, su bastón, su corbata y sus zapatos. Los *hippies* de Laveno lo veían como una especie de fundador.

Podestà no se consideraba artista sino moralista; a la manera de los pintores medievales ponía en sus pinturas cintas que cubría de frases moralistas. Las galerías no eran sus lugares preferidos para exponer sino la calle donde se dirigía directamente a los transeúntes. Predicaba una vida frugal y se servía de sus cuadros para ilustrar sus sermones. El tema preferido de Podestà es la muerte que personifica como en las danzas macabras medievales.

De cierta manera Podestà es un heredero de las ordenes mendicantes de la edad media, era una especie de Don Quijote del siglo XX que representaba contra el espíritu materialista reinante defendía un mundo anacrónico y mágico muy personal.

3.4 El caso de la artista esquizofrénica Aloïse Corbaz

3.4.1 Biografía de Aloïse

Aloïse Corbaz nació el 28 de Junio de 1886 en la ciudad suiza de Lausanne. Cuando tenía 11 años, murió su madre y la hermana mayor tomó las riendas del hogar de los Corbaz, cosa que hizo con una autoridad durísima. Celosa y dominadora, Marguerite limitaría las libertades de sus cinco hermanos y se mostraría especialmente tajante con sus hermanas menores. A pesar de todo, en la casa de los Corbaz se organizaban fiestas familiares: para la Pascua se teñían huevos con colores vivos; en Navidad se ponía la bota en la chimenea y el *Bon-Enfant* venía a dejar un regalo; se adornaba el árbol de Navidad con velas, bolas de colores, «cabellos de ángel» y pequeños paquetes que se encuentran frecuentemente en los dibujos de Aloïse. En las fiestas se adornaban las mesas con flores y ramajes, se tocaba música, toda esta gran familia cantaba y algunos tocaban un instrumento o cantaban en un coro. Aloïse, que tenía una buena voz y adoraba el canto, tomaba clases particulares con el organista de la catedral de Lausanne y formaba parte del coro de Saint-François que interpretaba música sacra, pero su género preferido era la ópera y poseía un repertorio operístico considerable; soñaba con ser cantante pero no pudo realizar sus ambiciones. Ya interna, por las tardes se escuchaba a Aloïse cantar en la celda del asilo psiquiátrico arias de Verdi.

Aloïse fue a la escuela secundaria donde estudió entre otras materias cursos de latín y de lenguas modernas. En la escuela no manifestó ninguna aptitud especial para el dibujo. Después de recibir el certificado de estudios secundarios a los dieciocho años, entró en una escuela profesional de costura y trabajó más tarde durante períodos cortos en diferentes colegios de Lausanne. Según su sobrina era una mujer guapa y muy elegante, al igual que sus hermanas, ella misma creaba su ropa. Nunca se han conocido detalles sobre la vida amorosa de Aloïse, cuya obra rebosa un erotismo violento y sin embargo descarnado. Su sobrina, Charlotte Corbaz, contaba un episodio que Aloïse misma nunca mencionó: se habría enamorado a un estudiante de la Facultad de Teología Libre de Lausanne, un cura francés que había colgado sus

hábitos, Joseph Sauvage. Este hombre vivió de hecho en enero y febrero de 1911 en régimen de pensión en la casa de Henri Corbaz, el hermano de Aloïse que habitaba la casa vecina. Ella iba a ver a su amante por la noche, cruzando el patio; sus amores fueron breves y ardientes porque su hermana Marguerite les puso un final abrupto. Henri tuvo que expulsar al señor Sauvage, Marguerite destruyó toda la correspondencia amorosa de la cual sólo quedó una carta.

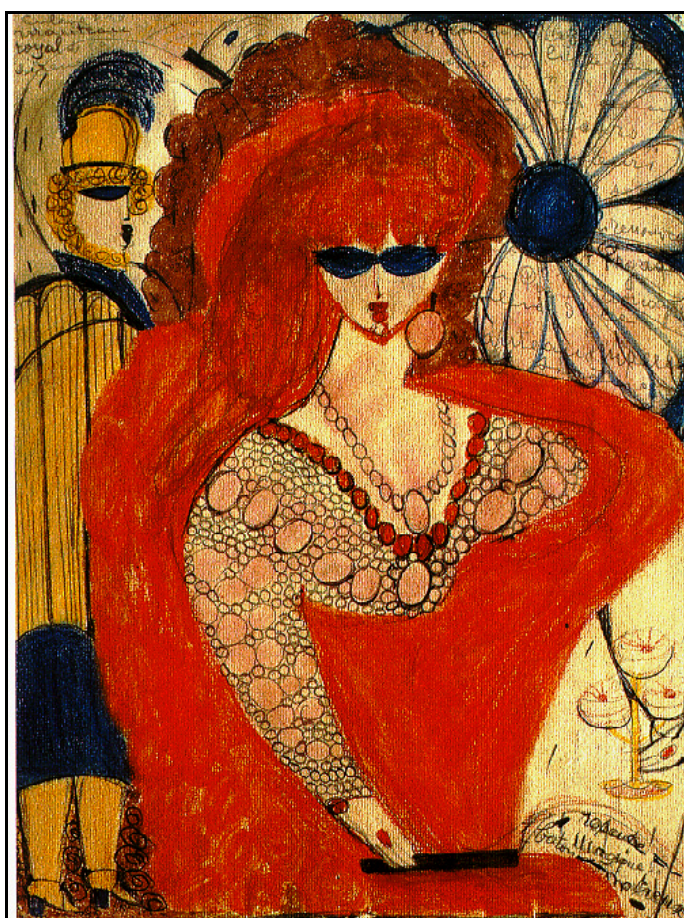


Ilustración 10: Aloïse, «Enlevée dans le manteau royal de la sirène...». Lápidos de color sobre papel.

Después de esta ruptura en 1911, a la edad de veinticinco años, Aloïse se marchó a Alemania como institutriz particular, a casa de una familia noble de Leipzig. Pronto abandonó esta familia brillante y mundana para ser contratada por el capellán de Guillermo II como educadora infantil, de este modo vivió en el castillo de Potsdam, en el ambiente fastuoso de la Corte Imperial. Cantaba a veces los domingos para el *Kaiser* en su capilla particular. Bajo los árboles del parque donde jugaba con sus pequeños alumnos, vería con seguridad a la

pareja imperial. Aloïse escribió: «En el parque de Sans-Souci siempre y todavía una aparición femenina adorable me sigue y me envuelve deliciosamente con su maravillosa sonrisa (como una brisa primaveral) que me ha curado de la nostalgia. La veo en sueños como águila–paloma idealmente rosa como Emperatriz de paz de Alemania sobre la cabeza preciosa de su Majestad el Emperador de paz, Wilhelm II». ⁴⁹

Se enamoró locamente del *Kaiser* y le escribe: «¿Por qué entonces, evocando vuestra memoria, tiemblo como una campana que anuncia las esponsalicias de ángel? Muriendo lentamente de un amor inefable que me sugiere su mirada espléndida, encontrada por casualidad en el Desfile de Potsdam 1913. Usted brillaba de los pies a la cabeza, divinizado por los rayos espléndidos de su cara amada». ⁵⁰

Cuando se produjo la declaración de guerra de 1914, Aloïse volvió a Lausanne con su familia que se sorprendería muy pronto por su comportamiento: ambivalente a los ojos de su padre, se aislaba para componer escritos religiosos, se afirmaba como pacifista y antimilitarista en plena guerra, se consideraba como chivo expiatorio, como víctima, creía estar embarazada de Jesucristo, gritaba en la calle que la asesinaban, que le robaban al novio, a sus hijos.

⁴⁹ (Carta de Aloïse al Emperador Guillermo II del 8 de abril 1917) en: PORRET-FOREL; Jacqueline, (1993), *Aloïse et le théâtre de l'univers*, Ginebra, Skira, (p. 19).

⁵⁰ Ibid. (p. 19).



Ilustración 11: Aloïse, «Mariage du roi de Grèce». Lápices de color sobre papel.

El 21 de febrero de 1918, Aloïse fue internada en el Hospital Psiquiátrico Universitario de Cery, cerca de Lausanne, por «demencia precoz», término utilizado en aquellos tiempos para lo que se llamaría más tarde esquizofrenia.

Desde aquel momento vivió dos vidas paralelas: la de la apariencia en la que aceptaba su suerte con mayor indiferencia, y la que revelan sus escritos de la misma época y que son un «grito de dolor [...] ahogado en la sala de visitas donde he jurado en linterna apagada toda mi vida de buena *vaudoise* sin fanatismo de locura amorosa del mundo que me ha arrancado todo del cuerpo». El sentimiento de su profundo decepción participaba de su suplicio, de su «dolor de agonía»; estaba sometida a la «telepatía prensa de fruta que decapita sin embargo a distancia»; sufría de cenestesia, se consideraba como muerta «de rodillas» delante de su ataúd y aquel de su padre. Guardaba una concepción clara de lo que la rodeaba y de su pasado, y emitía juicios

objetivos: particularmente explicaba de la manera más razonable su posición de «pacifista antimilitarista», muy mal acogida, sobre todo en aquel período de guerra. Entonces no había ningún tratamiento específico para la esquizofrenia, y, en los meses que siguieron a su internamiento, su estado empeoraba progresivamente; su fisionomía se volvía rígida, su mirada yerta. Se callaba o murmuraba a regañadientes un discurso interminable, del que era difícil entender el sentido. De este período datan los primeros dibujos a lápiz y la mayoría de los escritos que nos han llegado. Textos coherentes, que parecen a primera vista un amasijo de ideas confusas, de redundancias y asonancias. Pero se percibe en este discurso, si se desenmaraña esta madeja desordenada, la cosmogonía de Aloïse, grandiosa y ya acabada.

El 12 de octubre de 1920 Aloïse fue trasladada al asilo de la Rosière, en Gimel, porque el empeoramiento de su estado ya no permitía esperar una mejoría. El gobierno del cantón de Vaud acababa de crear este establecimiento para enfermos mentales crónicos, en un antiguo balneario con grandes terrazas y un amplio jardín. La disciplina no era muy estricta y, a pesar de la terrible multitud de esquizofrénicos sin esperanza, la atmósfera era generosa. Durante los primeros años de su estancia, Aloïse no parece que sacó provecho de este régimen más blando. Encerrada cada vez más frecuentemente dentro de sí misma, inmóvil, indiferente, dejaba explotar de repente sus celos y su agresividad hasta el punto de volverse violenta contra los demás enfermos, también adoptaba actitudes libidinosas y le gustaba enseñar sus pechos.

3.4.2 Cosmogonía aloïsiana y mundo interior

Pero, cuando por fuera parecía cada vez más enferma, dentro de ella se preparaba una gestación secreta. Su cosmogonía personal que consumaba su ruptura con el «mundo natural antiguo de antaño», le permitió poder resurgir en un mundo recreado al que sus cuadros daban forma, se dedicaba en secreto a la pintura. Ya no era Aloïse, mujer definitivamente muerta, sino ella era todos los elementos proteicos de este nuevo mundo donde ella se afirmaba cada vez más, en el mismo dibujo, era el Creador...

En el asilo de la Rosière Aloïse llevó así en secreto una vida paralela a la de la reclusa de asilo que vegetaba en el autismo, era la vida creadora de la artista que «recogía papeles en la basura para garabatear en el baño». Esta actividad espontánea le ayudó a superar el autismo, hasta el punto de permitirle, de un día al otro, en dedicarse a planchar la ropa de las enfermeras de la Rosière. Cumplía impecablemente con este trabajo, al que dedicó cada día algunas horas hasta el final de su vida, sin interrumpir esta tarea diaria para dibujar. Esta necesidad que la unía al «mundo de antaño» contrabalanceaba su actividad artística, a la que se dedicaba cada vez un poco menos en secreto.

En los años cuarenta sus cuadros, antes estáticos, empezaron a rebosar colores y se enriquecieron con una vitalidad sorprendente y de múltiples implicaciones, al mismo tiempo que el formato de las obras aumentaba hasta alcanzar dimensiones monumentales en algunos casos. Paralelamente a este aumento de creatividad, el estado clínico de Aloïse mejoró, y su vida corrió a partir de entonces sin sobresaltos entre el planchado y la pintura. Parecía estar segura de sí misma, apacible, y hasta feliz, y disfrutaba de un estatus de favor por parte de las enfermeras, con las que mantenía relaciones de amistad, sin embargo tenía pocos contactos con los demás enfermos. Sólo leía o veía las revistas a las que estaba suscrita la clínica de la Rosière. El domingo tocaba el armonio en la capilla del asilo. Aloïse hacía ella misma su cama, no quería que nadie la tocara, se ponía furiosa si se daba cuenta que alguien había cambiado las sábanas.



Ilustración 12: Aloïse, «Mickens». Técnica mixta (collage, lápices de color).

En 1963, Aloïse fue invitada de honor en la gran exposición organizada por las «Mujeres Suizas Pintoras y Escultoras» en el Palais de Rumine en Lausanne. Aunque confundida y emocionada por esta consagración solemne atrajo la atención de un marchante de arte que propuso al cantón de Vaud, a cuyo cuidado estaba Aloïse, de comercializar su producción pictórica. Le pusieron una ergoterapeuta que la dirigía en la elección de los colores y la redacción de las leyendas y que le suministraba rotuladores gruesos. Separada de sus propias fuentes, sus dibujos obligados perdieron toda la substancia.

Murió el 5 de abril de 1964, después de haber dibujado en la cama, hasta el último día, libre de nuevo, formas lineales, imágenes descarnadas de sus personajes cosmogónicos.

3.4.3 La obra de Aloïse y sus símbolos

La obra de Aloïse Corbaz es muy extensa, la artista aprovechaba todo tipo de materiales como soporte para sus dibujos. Cuando su actividad artística todavía era secreta, como se mencionó anteriormente, recogía papel en la basura. La necesidad de expresarse de manera plástica era tan fuerte que nada le hubiera impedido de realizarla. Para sus dibujos tempranos aprovechaba pequeños trozos de papel de estraza, que ella juntaba cosiendo, páginas de revistas, fondos de cajas de cartón, reversos de hojas de almanaques, todo lo aprovechaba. En el momento de su hospitalización, las condiciones eran difíciles para su obra; dibujaba a lápiz, a escondidas. En una carta a su padre de 1920 escribió: «...Sólo el Santo Padre en Trinidad y en consubstancialidad alternativa de la Virgen de la Campaña que no tiene el derecho de vivir o de hablar o de escribir de hacer trabajos artísticos para el rebote en su convento donde nos apagan lo más posible [...] Recojo papeles de las basuras para garabatear en el baño no tengo el derecho de ver a un Hijo de Dios. [...] Sin Virgen la obra de creación no está probada hay que verla en Cendrillon. [...] Escribiendo a escondidas con prisa tengo que hacer prueba de una renuncia sobrehumana».⁵¹

Por tanto Aloïse ya había asumido su papel de co-creadora, ella se veía como la Virgen, removiendo las basuras del asilo y rebuscando las papeleras, a escondidas ejecutaba sus primeras obras y escribía sus primeros textos cosmogónicos. Sentía que sus actividades no serían aprobadas, pero de vez en cuando pasaba algún dibujito a su médico. Estos dibujos atrajeron la atención del médico Hans Steck y después de la señora Muller, esposa del médico de la Rosière, que le regalarían cuadernos de dibujar y lápices de colores. Sin embargo, Aloïse no perdería el gusto por los materiales encontrados, sobre todo cuando se lanzó a realizar composiciones cada vez más monumentales. Estos papeles recibían un trato de cuidados muy especiales por la artista, los alisaba, los cosía, tapaba las roturas con estampillas o papeles de embalar de chocolatinas etc. De esta manera el soporte pictórico se convertía en elemento integrante de la obra, en una especie de *objet trouvé* que se integraba plenamente en las figuras que Aloïse pintaba encima, el dibujo se integraba en

⁵¹ Ibid. (Traducción literal, puntuación original), (p. 29)

el papel encontrado, el letrero de unas rebajas se convertía en la cabellera de una mujer.

La autora de la monografía sobre Aloïse Corbaz, Jacqueline Porret-Forel, hace un intento de desglose de la obra de Aloïse. En la introducción al capítulo correspondiente dice: «Para desglosar el lenguaje pictórico de Aloïse, era necesario creer a priori en su coherencia. Acto de fe si se considera el aspecto caótico de sus dibujos. Pero la firmeza de su escritura y su ortografía casi sin errores me han afirmado en mi seguridad y me han animado en mi proyecto».⁵²

En la obra de Aloïse encontramos multitud de figuras humanas, animales y vegetales. También es frecuente encontrar representaciones arquitectónicas, adornos florales o simplemente ornamentales. Muchos de los cuadros tienen unas grandes dimensiones, así por ejemplo el *cloisonné* de teatro que mide 1400 x 100 centímetros. Lo que puede desconcertar al espectador, son las diferentes escalas en las que están dibujadas las figuras que pueblan los cuadros de Aloïse. A veces la clave para la interpretación puede estar en un mínimo detalle que parece carecer de cualquier importancia. Las leyendas, que inscribía Aloïse con frecuencia en sus cuadros, pueden ser en la mayoría de los casos una importante ayuda para la interpretación de éstos, aunque algunas veces no parece haber relación aparente entre dibujo y palabras. En gran número de los cuadros encontramos personajes que pertenecen al mismo universo, esto es el mundo interior de la artista, que había roto completamente con el mundo real de antes. Los personajes de este universo son reyes, reinas, la Virgen, el Papa, Napoleón, la princesa Isabel de Austria, el dux de Venecia, actores, personajes de la ópera, personajes fantásticos o inalcanzables, de un mundo diferente de ensueño. A pesar de todo, el universo de Aloïse es coherente, tiene un sistema y un orden inherente, es un gran teatro que no pretende de ninguna manera representar la realidad, es un mundo de sueños. La mayoría de los personajes son por tanto actores: llevan vestidos suntuosos, peinados extravagantes, enormes pelucas, joyas magníficas.

⁵² Ibid (p. 59)



Ilustración 13: Aloïse, «Cloisonné de théâtre». Lápices de color sobre papeles pegados.

Los actores de este teatro del mundo se mueven entre símbolos como el **ángel**, que es una mujer con alas estiradas, frecuentemente de oro. El ángel juega un papel de intermediario entre los diferentes mundos. El **abeto de Navidad** implica la fiesta de la Navidad, acto de creación que también se simboliza por la **pesca milagrosa** llevada a cabo por un hada mágica. El **bastidor del cuadro** sobre un caballete es una forma de *mise-en-abîme* del acto de pintar, es decir que podemos ver un cuadro en el cuadro. El **Bon-Enfant** es una especie de Papá Noël de tradición suiza. Es el Creador en el que se encarna Aloïse. La **camelia** toma el papel de pecho femenino en la simbología del mundo aloïsiano. El **camello** acompaña a los reyes magos y evoca Oriente y Egipto. El **caballo** sirve para transportar el amor, de la misma manera que otros de los animales dibujados por Aloïse. Muchas veces está representado de manera estilizada y un tiro de varios caballos puede indicar la presencia de un coche, a veces sin representar. La **capa** de escarlata y de armiño: la llevan los reyes y las reinas, los emperadores y el papa, en ella tienen lugar varias escenas de transmutación. El **color** azul se refiere al teatro, el verde a la vida espiritual, el rojo al amor y a la potencia, el amarillo al oro, símbolo de toda la perfección, el **elefante** se dibuja de dos maneras: una realista como animal de circo, la otra fantástica como animal cósmico. El elefante cósmico lleva el mundo sobre sus espaldas; casi siempre dissociado en el dibujo, hay que reconstruirlo a partir de las patas, siempre bien visibles. El **escorpión** con su cuerpo anillado y su cola levantada significa la muerte o un peligro mortal. La **góndola** es un vehículo de amor, ligado al mar y al dux de Venecia. Otro vehículo de amor es el **trineo**. La **granada** se reconoce por su pequeña corona con puntas y una abertura que deja ver sus granos, pero para Aloïse también puede ser un dispositivo explosivo o la ciudad de Granada. La **iglesia** es la imagen del asilo de la Rosière donde Aloïse estuvo ingresada durante cuarenta y cuatro años, simboliza la locura. **Napoleón** es uno de los personajes preferidos de Aloïse que lo ha representado en todas las situaciones de su vida; se le reconoce siempre por el flequillo que cae sobre su frente y está señalado con frecuencia por la letra *N*. El **nenúfar** simboliza el nacimiento primordial y se reconoce por las hileras de pequeños estambres que lleva en su centro. Los **pájaros**, cuando están dibujados de manera naturalista, tienen una identidad zoológica, pero la mayoría de ellos son meros signos de fertilidad y de libertad. Los **órganos** implican la magnificencia de las

ceremonias reales. La **paleta** designa la función de pintar, sólo se representa raras veces bajo su forma naturalista y casi siempre como un nido de pájaros con huevos multicolores, un ramo de flores o una tarta. El **pincel** que tiene el mismo papel está representado como un pájaro con el cuello estirado, como un haz de flechas o como una pequeña escoba. El **pavo real** acompaña a los grandes personajes como al papa o a las reinas, sus pintas son los ojos de Argo, compensación por la ceguera de los ojos de los personajes de Aloïse, siempre lleva un copete erigido en la cabeza, al contrario del **pelícano**, ave del sacrificio cuya cabeza está desnuda. La **mariposa** simboliza la renovación y tatuada en la piel la resurrección de la carne. Casi todas la heroínas de Aloïse son **reinas** que llevan mantos de escarlata con apliques de armiño. Las reinas prisioneras, con las que la artista se identificaba especialmente (ella se creía María Estuardo en el convento), están trabadas por los pliegues de sus vestidos y por largos y pesados collares. El **reloj del universo**, cuadrante que lleva doce o veinticuatro cifras horarias, con flechas que representan las agujas. La **vitrina** crea una separación entre los personajes del teatro de Aloïse y el mundo de los limbos.

Es sobre todo a partir del año 1941 que la simbología de la obra de Aloïse sufrió un cambio profundo, las leyendas dejaron de tener una relación directa con los dibujos, su estructura se complicó y el espectador sólo puede guiarse en este laberinto a través de las teorías cosmogónicas establecidas por la artista en sus primeros textos de 1920: *La Trinité en consubstantialité alternative* y el *Ricochet solaire*. Son pues estos textos la clave imprescindible de la obra de Aloïse, ligada estrechamente a la cosmogonía de su autora. Todos los conceptos de esta cosmogonía parecen salir completamente armados de la cabeza de Aloïse en 1918, año de su internamiento. A través de sus textos de 1918 a 1922 y su historial médico se ha podido reconstruir lo fundamental de este Teatro del Universo. En esta época Aloïse. se refiere frecuentemente al salmo 104 que en su totalidad glorifica al Creador y la magnificencia de su obra: «El *ricochétisme* es la religión de la luz... somos los apóstoles del *ricochet*... esta palabra viene del salmo 104, versículo 30:

«v2 El que se cubre de luz como de vestidura,
Que extiende los cielos como una cortina,
[...]
v5 El fundó la tierra sobre sus cimientos;
No será jamás removida.

v6 *Con el abismo, como con vestido, la cubriste;
Sobre los montes estaban las aguas.*
[...]
v29 *Escondes tu rostro, se turban;
Les quitas el hálito, dejan de ser,
Y vuelven al polvo.*
v30 *Si vuelven a recibir tu hálito, reviven,
Y renuevas la faz de la tierra. »*

Es en el versículo 30 de este salmo que Aloïse, el día después de su internamiento, puso la esperanza de un resurgimiento, incluso cuando su dependencia como interna y su enfermedad significaban para ella muerte y destrucción. Ella ya no era Aloïse, sino «esta materia, este barro... esta tierra negra... una tierra negra, un espantapájaros casi infirme para gorriones, una tierra dormida única. Ella es *un farolillo apagado*».⁵³

Pero en las hojas siguientes del mismo texto resplandece la resurrección: «[...] que el universo esbozado de tu mirada que lo abrasa en un minuto en Señor resplandeciente de la luz que ha extendido el cielo como una alfombra cuando una Virgen solo está prosternada en éxtasis al pie del altar del divino Maestro que da la vida cuando la quita la enlaza haciendo borbotear de las entrañas de la tierra que la deja negra en la noche sin su Augusto poseedor cubierta de magnificencia [...] del himno natural glorioso cubierto en luna de miel del *ricochet* solar».⁵⁴ El *Ricochet* solar es el proceso misterioso que da vida y substancia a los elementos inefables de los que se compone la tierra aloïsiana disociada y que los libera a través de toda la Creación. A través del *Ricochet* ella se hace un Creador que puede dar nacimiento a cualquier ser, cualquier elemento, en todos los lugares y al mismo tiempo: La Virgen, los Reyes Magos, María Estuardo, la Tosca, la Walewska, Napoleón, el Papa y su tiara, una esfinge, una sirena, una mujer-tarta o una tarta con flores, el globo terráqueo reverdecido, un tren nenúfar, la lámpara de los mares de coral, el jardín rosado de Armide, todos los elementos que constituyen sus cuadros.

La *Trinidad en consubstancialidad alternativa* le permitiría resolver el problema de la fragmentación de su personalidad. Las personas divinas de la

⁵³ Ibid. (p. 104)

⁵⁴ Ibid. (p. 105)

Trinidad son una, trina y consubstanciales. Aloïse — a la que la pintura todavía no le ha entregado su estatus de Creador en el momento que establece su cosmogonía — extiende a guisa la noción de *consubstancialidad* hasta volverla *alternativa*, lo que permite el paso libre y reversible de un estado a un otro, de una persona a otra. Gracias a esta fluidez de esencia, ya no hay incoherencia de ser a la vez esto y otra cosa, en todos los tiempos y en todos los lugares. Es la expresión de esta transubstanciación que sería la búsqueda esencial de su obra.



Ilustración 14: Aloïse, «Napoléon dressé sur le monde». Lápices de color sobre papel.

Alguna vez Aloïse llegó a condensar esta expresión y a hablar de «Trinidad alternativa». Para ella parece que la consubstancialidad, tomada como término aislado, corresponde a su estado de enferma mental cortada del

mundo. Así su hermana Micky «es un hada que tiene siempre miedo de la miseria moral al menos en el sentido de la consubstancialidad cuando se condena a Lulu y a su papá a la muerte». Y, protestante *vaudoise*, ella dice sobre sí misma: «Lulu es israelita de nacimiento natural, polaca judía de Jeriskowsky en consubstancialidad».⁵⁵ El estado de consubstancialidad es por tanto la locura que la arrancó al mundo que había sido el suyo antes de su internamiento, y que ella nombra «el mundo natural de antaño». Ella murió para ese mundo y no volvería nunca a él; se despidió definitivamente de él y viviría desde entonces su existencia fuera de sus límites: una parte de ella misma encarnada en Maria Estuardo viviría los días de su vida cotidiana en el *convento* que representaba el Asilo de la Rosière; la otra, *tierra real, que se lanza al espacio*, residiría en el cosmos.

⁵⁵ Ibid. (p. 106)

3.4.4 Referencias literarias en la obra de Aloïse

Aparte de las referencias bíblicas, los textos de Aloïse también se hacían eco de escritos de Alexander von HUMBOLDT. Una estatua de una divinidad mexicana, de la cual Humboldt llama la atención sobre los ojos sin pupilas, podría estar en el origen de los ojos cegados de casi todos los personajes de Aloïse. Está probado, por cierto, que ella había leído a Humboldt en casa del pastor prusiano, a cuyos hijos educaba.

Cuando ella se representa como Creador, toma la forma del *Bon-Enfant*. El *Bon-Enfant* es una figura legendaria en Suiza: tiene el abrigo de color escarlata con capuchón y armiño del Papá Noël, pero asume un papel cosmogónico bajo el nombre *Chalande*, presidiendo el cambio del año en las calendas de enero, Aloïse lo representa a veces conduciendo un trineo y siempre con un cuévano que contiene elementos de la Creación.

Aloïse había roto completamente con el mundo real, sabía que ya no iba a volver allí, y a pesar de ello se dejó inspirar de él. Hay muchos ejemplos de inspiración directa en carteles de películas de cine por ejemplo. Otra fuente de la que bebe Aloïse para constituir sus mundos, es el circo; en repetidas ocasiones tuvo la oportunidad de asistir a las representaciones del Circo Nacional de Suiza «Knie», cuyos artistas con sus vestidos fastuosos y cuyos animales la fascinaron profundamente. El circo es un elemento que se encuentra al borde entre el mundo real y el imaginario, pero al fin y al cabo tiene un parentesco muy estrecho con el teatro, cuya importancia se afirma en las palabras y en los textos de Aloïse:

«...Personajes que he visto en los teatros y he jurado que los representaría. Copio lo que entiendo. Pienso en un teatro y creo que nunca habrá nada igual.

...Es una ninfa con sus velos, en realidad está desnuda, es un vestido de Venus, no quisiera estar desnuda en el teatro.

...los vestidos de teatro no enrojecen, seréis las vírgenes desnudas.

...puesta en escena de la Venus de Milo de fiesta de teatro había teñido de diabolita su capa de corte real del diadema del Salvador, vestido mariposa en Pafos — nenúfares — en el lecho de rosas. Besar las estatuas de mármol

*vestidas de Venus... Ella le lanza flores a la cara... torador RÉQUIEM hijo de la noche del destino de Juan el Torero en los labios».*⁵⁶

Los personajes de Aloïse están dotados de atributos típicos de los actores de un teatro ritualizado: actitudes hieráticas, caras inexpressivas e inmóviles, o al contrario, torturadas como máscaras de tragedia antigua, expresando horror, ojos azules de autómatas sin pupilas cuya mirada está dirigida hacia el interior. Una peluca enorme puesta sobre el cabello de la actriz — y a veces hasta por encima un velo que cubre su cabeza — prueba su calidad de accesorio escénico.

Con los años, Aloïse liberaría a los protagonistas de sus cuadros de los decorados teatrales rígidos, aunque indicaría siempre la existencia del escenario con un trozo de telón, ya que para ella está claro que estas escenas se desarrollaban en su particular teatro del universo. Uno de los cuadros más impresionantes de este tipo es «*templo de Buda alfombra voladora + sobre el Gotha / Mme Winston Churchill–Wilson–Lebrun / Él lanza la tierra al espacio / Él lanza la luz sobre el mundo / yo lo elevaré por encima de los humanos*». A primera vista parecen dos cuadros independientes, pero mirando con más detención se descubren los lazos que los unen. Un elemento, que se encuentra en todas las partes, son las manzanas. Los personajes son los del teatro del universo aloïsiano: Napoleón, María Luisa, Josefina, el Papa Pío XI, Mme Churchill–Wilson–Lebrun con su identidad múltiple.

«La extrema complejidad de todas las acciones que describe esta obra, la ruptura entre los mundos en los que se desarrollan y sus relaciones a veces confusas, conducen este dibujo hasta la puesta en escena de un teatro verdaderamente metafísico, muy en el espíritu de Antonin Artaud»⁵⁷ opina la conocedora Jacqueline Porret–Forel.⁵⁸

⁵⁶ Ibid. (p. 118)

⁵⁷ PORRET-FOREL; Jacqueline, (1993), *Aloïse et le théâtre de l'univers*, Ginebra, Skira, (p. 125)

⁵⁸ Ibid. (p. 124)

La obra cumbre de la vocación teatral de Aloïse es el *Cloisonné de théâtre*, catorce metros de papeles cosidos los unos a los otros. Es la representación de la tragedia amorosa que la artista vivió antes de su internamiento. En la primera escena del primer acto la pareja de jóvenes enamorados se abraza debajo de un «manto imperial de baile» como dice la leyenda; en la segunda escena vuelven a estar los dos enamorados abrazados, las caras expresando felicidad de un amor vivido, el color dominante es el rojo. El segundo acto nos introduce en plena tragedia amorosa, el amado se ha convertido en una especie de Papa, Papa protestante porque lleva un medallón de Lutero en su tiara. En la segunda escena del segundo acto vemos a la heroína rígida, blanca, poniendo el brazo encima de un hombre, entre los dos hay una especie de casa que sería el asilo de la Rosière, símbolo de la locura, que los separa. Los dos personajes están encima de un barco con una pareja de amantes jeroglíficos y la leyenda «Es tan sencillo amar». En un interludio se evocan escenas del pasado: la pareja encima de un caballo blanco con cara humana (usualmente el medio de transporte del amor en los cuadros de Aloïse), a la derecha los mismos personajes separados por el «templo del amor» bajo una vista del asilo de la Rosière que significa la locura.

En ***Raw Vision*** John Maizels dedica un capítulo a los artistas de la colección del *art brut* de Dubuffet y describe la obra de Aloïse de la siguiente manera: «Realizados con lápices de colores, sus dibujos están dominados por una sola presencia femenina, redonda y flotante. Los pechos desnudos y resplandecientes, las figuras están frecuentemente acompañadas por un joven alto en un uniforme festivo. Algunas veces ambas figuras, la masculina y la femenina, están enlazadas por un abrazo, incluso compartiendo la misma boca o los mismos ojos. Los ojos de todas sus figuras son simplemente ovals azules que parecen tanto cegados como mirando fijamente: lagos de un azul profundo contrastando con los calientes rosas y rojos que fluyen alrededor de ellos».⁵⁹

⁵⁹ MAIZELS, John, (1996), ***Raw Vision***, Londres, Phaidon, (p. 46-47).

Para Andreoli Aloïse es una de los tres grandes pintores confinados en manicomios donde comenzaron su obra en el más estricto anonimato, como lo refiere BARCIA en su libro ***Locura y creatividad***.⁶⁰

La pintura de Aloïse fue muy apreciada por el artista Jean Dubuffet, que, en una de sus visitas a Suiza, tuvo un encuentro con la pintora de la Rosière y dijo sobre ella: «Creo que la gran tapicería de mil hojas de Aloïse puede considerarse como la única manifestación realmente resplandeciente, en la pintura, de la pulsación propiamente femenina».⁶¹ Gracias a Dubuffet las obras de Aloïse se encuentran por ejemplo en la «Collection de l'Art Brut» en Lausanne. Su gran telón de teatro cuelga del techo del museo y el visitante puede apreciarlo al lado de las escaleras del museo que alberga la colección de Dubuffet y más obras de reciente adquisición, pero todas ellas de artistas marginales, artistas en su estado bruto como si fueran gemas sacadas de las entrañas del inconsciente.

La obra de Aloïse ocupó un lugar destacado en la exposición «Visiones paralelas». En la publicación que se publicó como catálogo se habla de que las obras de Aloïse habían influenciado a artistas como Gladys Nilsson⁶² o Lindner⁶³. Otro artista que se mostró muy interesado por las obras de Aloïse fue Breton. En el París de los años cincuenta las obras de los dos maestros esquizofrénicos Wölfli y Aloïse empezaron a circular entre los surrealistas y los amigos de Dubuffet. Breton poseía la obra de Aloïse titulada *La reina Victoria en su vestido imperial* y la usó en el año 1965 para la edición del libro *Le surréalisme et la peinture*.⁶⁴

El médico que estudió más el caso de Aloïse fue Alfred BADER quien se interesó mucho por el arte de los enfermos mentales desde un punto de

⁶⁰ BARCIA SALORIO, Demetrio, (1999), ***Locura y creatividad***, Madrid, (p. 20).

⁶¹ DUBUFFET, Jean, (1966), ***Haut Art d'Aloïse***, fascículo 7 de la Compagnie de l'Art Brut, París.

⁶² BOWMAN, Russell, (1992), «Looking to the Outside», en: VV.AA., ***Parallel Visions***, Princeton, Princeton Univ. Press, (pp. 163).

⁶³ WILSON, Sarah, (1992), «From the Asylum to the Museum» en: VV.AA., ***Parallel Visions***, Princeton, Princeton Univ. Press, (p. 139).

⁶⁴ BRETON, André, (1965), ***Le surréalisme et la peinture***, París, Gallimard.

vista psiquiátrico. Publicó ***Wunderwelt des Wahns: Insania Pingens***⁶⁵ (Mundo fantástico de la locura: Insania Pingens) y junto con Navratil escribió ***Zwischen Wahn und Wirklichkeit: Kunst — Psychose — Kreativität***⁶⁶ (Entre locura y realidad: arte — psicosis — creatividad), una antología de artistas psicóticos desde el siglo XIX desde un punto de vista médico.

3.4.5 Aloïse — Artaud

La obra de Aloïse evoca en muchos aspectos diferentes textos de Antonin Artaud sobre el teatro, «a veces parece su ilustradora» dice Jacqueline Porret-Forel, la médica que ha publicado un estudio imprescindible sobre la vida y la obra de Aloïse Corbaz. Pero Aloïse no pudo haber aplicado ni leído las teorías de Artaud, publicadas en 1935 (***Le théâtre et son double, El teatro y su doble***). El mismo Artaud tampoco pudo conocer los dibujos de Aloïse, que fueron presentados por vez primera en el año 1948 en París, un año después de la muerte del poeta. Pero los dos eran contemporáneos, ambos esquizofrénicos y apasionados por el arte teatral. Artaud traduce en su lenguaje maravilloso las realizaciones escénicas que Aloïse ha dibujado. La visión casi indecible, a la cual le ha confrontado su experiencia psicótica, es una clave preciosa para el acceso al mundo teatral de Aloïse. Hay paralelismos entre las obras de los dos artistas que, al menos, son sorprendentes: la desmesura de los personajes, su carácter frecuentemente jeroglífico, la ausencia casi total de decorados, la escena escondida a favor de un espacio inmenso en el «que puede desplegarse en todos los sentidos de la perspectiva en altura y profundidad» una acción difusa y a veces «simultánea en varias de sus fases».⁶⁷

En ambos también encontramos «las amenazas subterráneas de un caos tan decisivo como peligroso» y el presentimiento que el director es un demiurgo y la creación un acto mítico, en el que interviene una operación metafísica, mediante la cual se paran las ideas en el vuelo en cualquier punto de

⁶⁵ BADER, Alfred, (1961), ***Wunderwelt des Wahns: Insania Pingens***, Colonia, Du Mont.

⁶⁶ BADER, Alfred, NAVRATIL, Leo, (1976), ***Zwischen Wahn und Wirklichkeit: Kunst-Psychose-Kreativität***, Lucerna, Bucher.

⁶⁷ ARTAUD, Antonin, (1964), ***Le théâtre et son double***, Paris, Folio.

su transmutación para materializarlas en el universo teatral por el espesamiento de la idea en una nueva encarnación muy particular.

Finalmente, la identidad establecida por Artaud «entre el plano sobre el cual evoluciona [...] todo lo que constituye la realidad virtual del teatro y el plano puramente ilusorio [...] la alquimia» une todavía más el pensamiento de ambos artistas. Sin conocer la obra de la pintora, el escritor esquizofrénico ha presentado los móviles profundos a los que ha obedecido la artista.

Artaud es el artista que describió mejor el proceso doloroso de sacar afuera la enfermedad mediante creaciones plásticas. Escribió sobre sus dibujos realizados en el manicomio de Rodez: «El objetivo de todas estas figuras dibujadas y coloreadas fue el exorcismo de una maldición, una vituperación corporal contra las obligaciones de formas espaciales, de la perspectiva, de la medida, del equilibrio, de la dimensión, y a través de esta vituperación exigente una condenación del mundo psíquico incrustado como un piojo de un cangrejo en lo físico que lo incubaba o sucuba, alegando haberlo parido».⁶⁸ El mismo Artaud describe en los **Cahiers de Rodez** un dibujo suyo, titulado «La Machine de l'être»: «Este dibujo es un intento serio para dar vida y existencia a algo que hasta hoy nunca ha sido aceptado en el arte: ensuciar el soporte, la deformidad penosa de las formas que colapsan alrededor de una idea, después de haberla acicalado tantas eternidades para ser reunida con ello. La página está sucia y enmarranada, el papel arrugado, los caracteres dibujados como con la consciencia de un niño».⁶⁹ Los textos de Artaud nos pueden transmitir algo de las angustias que produce la enfermedad de la esquizofrenia. Sobre su dibujo «Exécration du père-mère» hecho en 1946 escribe:

«¿Pero qué es lo que hay al final, loco?
¿Yo?
Esta lengua entre cuatro gomas,
este buey entre dos rodillas,
este pedazo de agujero para locos.»⁷⁰

⁶⁸ ARTAUD, Antonin, Libros de apuntes (febrero 1947), citado en: VV.AA., (1987), **Antonin Artaud: Dessins**, catálogo de exposición, Paris, Centre Pompidou, (p. 18).

⁶⁹ ARTAUD, Antonin, (1960), **Cahiers de Rodez**, Oeuvres complètes, vol 19, Paris, Gallimard, (p. 259).

⁷⁰ ARTAUD, Antonin, (1960), **Artaud le Môme**, Oeuvres complètes, vol. 7, Paris, Gallimard.

3.5 Adolf Wölfli

3.5.1 *Escritor, poeta, dibujante, compositor*

Cuando, en el año 1921, el doctor Walter Morgenthaler, psiquiatra en la clínica Waldau de Berna (Suiza), escribe un libro con el título *Ein Geisteskranker als Künstler* (Un enfermo mental como artista), es la primera vez que se utiliza el término «artista» en el contexto de las creaciones plásticas de los enfermos mentales. Morgenthaler había llegado como asistente a la clínica psiquiátrica de Waldau en el año 1907 y trabajó con algunas interrupciones hasta el año 1919. Gracias a este médico los trabajos de Wölfli salieron a la luz y la producción plástica, literaria y musical de un artista esquizofrénico se valorara como tal, como la obra de un artista. El libro de Morgenthaler es un hito en la historia del arte terapia, y sin duda lo podemos considerar como uno de los precursores de una especialidad que todavía tiene problemas para ser reconocida plenamente. La publicación del libro de Morgenthaler fue celebrada con una exposición de los dibujos de la colección privada en la librería Ernst Bircher de Berna, convirtiéndose de este modo en una de las primeras exposiciones públicas de arte marginal en el mundo.

Hasta Morgenthaler, las publicaciones sobre creaciones de artistas enfermos mentales siempre se habían centrado en un punto de vista patológico. Todavía en la 5ª Documenta de Kassel en el año 1972, las obras de Adolf Wölfli y de Heinrich Anton Müller se expusieron en una sección separada «psicopatológica», acompañadas por grandes rótulos, en los que se explicaba con toda seriedad, que estas obras eran típicas de la esquizofrenia por sus estereotipos y la ornamentación obsesiva. El único grupo, que mostró en los años cuarenta y cincuenta un interés artístico serio en la producción plástica de los enfermos mentales, fue el movimiento surrealista alrededor de Breton. Esto sin contar artistas aislados, que ya anteriormente se habían interesado por la producción artística de los enfermos mentales, como Paul Klee a principios del siglo. La obra de Wölfli tiene por tanto un papel importantísimo dentro de la historia del *art brut* y de su reconocimiento general.

3.5.2 Vida y obra de Adolf Wölfli⁷¹

Adolf Wölfli nació en el año 1864 en Berna y vivió allí hasta alrededor del año 1970, cuando su madre y él, completamente empobrecidos y abandonados por un padre alcohólico y criminal de poca monta, llegaron al lugar de origen de la familia, un pequeño pueblo en el mismo cantón de Berna, la municipalidad se hizo cargo de los dos, poniéndolos al cuidado de unos agricultores que les dieron comida y cama a cambio de trabajo. Cuando Adolf tenía ocho años se murió la madre después de una enfermedad. Fue enviado de casa en casa, trabajando duramente lo que le impidió en muchas ocasiones acudir a la escuela. Con dieciocho años se enamoró de la hija de un agricultor rico. Los padres de la chica interrumpieron esta relación abruptamente porque no querían que su hija estuviera con un pobre auxiliar de agricultura. Wölfli reaccionó a esta amarga experiencia interesándose cada vez por niñas más jóvenes. Un día fue sorprendido acercándose a una menor de edad por lo que un tribunal lo condenó a dos años de cárcel, pena que cumplió en la cárcel St.Johannsen en el cantón de Berna. En 1892 salió de la cárcel y trabajó como peón en la región de Berna donde sufrió de aislamiento social y soledad. En 1895 se le ingresó en el manicomio Waldau cerca de Berna por un intento de acercamiento impúdico a una niña de tres años y medio. El diagnóstico fue de esquizofrenia. Hasta su muerte en el año 1930 Wölfli quedó como paciente en la clínica.

En el año 1899 Wölfli empezó espontáneamente a dibujar, pero no se conservan trabajos de esta época. Los primeros dibujos suyos que se conservan datan del 1904 y están hechos con lápiz. En el año 1907 llegó el doctor Walter Morgenthaler a la clínica y empezó a interesarse por la obra del paciente. El médico le suministró material de dibujo y lápices de color. Wölfli empezó a escribir su obra narrativa, entre otras cosas su imaginaria biografía ***Von der Wiege bis Zum Graab*** (De la cuna a la tumba). El artista trabajaba sin parar gastando cada semana varios lápices. Dibujaba y escribía sobre papel de periódico blanco, que le regalaban a partir de entonces, juntando las hojas en

⁷¹ VV.AA., (1997), **Adolf Wölfli, Schreiber, Dichter, Zeichner, Componist**, Basel, Wiese, (pp. 5-10).

cuadernos enormes de cientos de páginas. Aparte de esta producción de cuadernos, que Wölfli quería mandar a una imprenta para su publicación, el artista hizo también obras sueltas para regalar o venderlas. Estas hojas sueltas guardaban una estrecha relación con los textos de Wölfli aunque él mismo las consideraba de menor importancia, sin embargo será precisamente a través de estos dibujos sueltos que se conocerá a Wölfli, ya que son las obras que publicó Morgenthaler en su libro de 1921. Fue en el año 1976 cuando la fundación Adolf Wölfli publicó un catálogo de la obra completa del artista que también incluye los cuadernos que hoy se consideran como la parte central de su creación artística.

Walter Morgenthaler describe la manera de trabajar y el horario de Wölfli en *Ein Geisteskranker als Künstler*, 1921: «Su horario es bastante monótono: Se levanta a las seis horas con los demás pacientes, se viste con increíble lentitud porque no para de hablar con las alucinaciones; a pesar de que se le advierte repetidas veces, puede durar frecuentemente hasta dos horas hasta que se haya vestido. Hace su cama, friega de vez en cuando su celda. El aseo personal no le importa mucho; es difícil conseguir que cumpla con la higiene más primaria; casi siempre sólo se lava la cara el domingo y el día de la semana que le afeitan; sin embargo no le disgusta bañarse. [...] Después de vestirse espera el desayuno y, para hacer tiempo, camina corredor arriba, corredor abajo, hablando sin parar con las voces. Come últimamente con los demás enfermos; come bastante y se enfada fácilmente cuando se le molesta. Después ayuda a quitar la mesa y come las sobras que puede haber. Luego va a su celda y escribe y dibuja todo el día sin parar hasta el atardecer, con cortas interrupciones para las comidas. Si se le recuerda que descanse más, sólo dice que no tiene tiempo, que tiene que trabajar; sólo excepcionalmente se le puede convencer para que salga un rato al jardín». Morgenthaler se quejaba de que Wölfli se mantenía muy cerrado a las preguntas directas: «Desgraciadamente todavía hoy es casi siempre imposible recibir informaciones directas sobre cosas que son importantes para nosotros».⁷²

⁷² MORGENTHALER, Walter, (1921), *Ein Geisteskranker als Künstler*, Berna, (p 12) (Reedición: Berlin 1985).



Ilustración 15: Adolf Wölfli, «Hautania und Haaverlanna», 1916. Lápices de color.

3.5.3 Alternativa de comunicación y expresión en Adolf Wölfli

Wölfli había encontrado otra manera de expresarse que no era la oral. Sus obras manifestaban un mundo interior riquísimo, donde no faltaban referencias a los acontecimientos que habían marcado su vida. Una de estas referencias son por ejemplo los accidentes, las caídas, las catástrofes naturales que parecen significar una experiencia grave en la infancia de Adolf. Siempre se repite el año 1876 en los accidentes, incendios etc. en la obra de Wölfli. Escribe que en el año 1876, estando en casa de la familia Bieri, iba a cometer un abuso sexual en la hija de dos años que estaba en la cuna. No sabemos si el joven Wölfli (tenía entonces doce años) abusó realmente de la niña pequeña o si sólo

se trataba de «pensamientos impúdicos» de la adolescencia, como lo llamaba Wölfli otras veces.

Los dibujos de Wölfli están hechos con lápiz negro y lápices de color, pudiendo incluir collages. Se trata casi siempre de composiciones simétricas, ya sea redondas, rectangulares, con bordes ornamentados. Las hojas están ordenadas mediante líneas, campos, pentagramas con o sin notas musicales, elementos ornamentales como los pajaritos que aparecen como si estuvieran utilizados simplemente para llenar espacios vacíos, sin embargo parecen ser un símbolo importante, una especie de animal arquetípico con ojos, pico, nariz y a veces oídos. El pajarito también es un símbolo sexual e indica la carga erótica de una escena o de un personaje. Todas las caras de Wölfli muestran unas ojeras oscuras que también se han interpretado como máscara o antifaz, otra interpretación bastante convincente subraya la importancia de los ojos como órganos de contacto y que juegan un papel importante en la comunicación que en los enfermos de la esquizofrenia se ve gravemente distorsionada. En el texto de Wölfli ***Kurze Lebensbeschreibung***⁷³ (Breve biografía) de 1895 podemos además leer lo siguiente: «*Señores y señoras del estamento [...] observen los ojos frecuentemente hundidos y bajos de las clases bajas, en los cuales ustedes pueden ver con demasiada frecuencia los tormentos y la miseria que oprime sus corazones*».

Sea como fuere la interpretación preferida, los círculos alrededor de los ojos les dan a los personajes un aspecto de arquetipos. Wölfli llegó a un sistema muy personal de símbolos en su arte, lo consiguió por una reducción de formas, por repetición obsesiva y una *mise-en-abîme* de los personajes. Sus composiciones simétricas recuerdan las cartas de la baraja porque casi siempre se pueden ver desde diferentes sentidos. Incluyen elementos decorativos con los cuales el artista rellena todos los rincones en un gran *horror vacui*. Siempre vuelve a aparecer el mismo Wölfli como protagonista, con una especie de cascarón de huevo encima de la cabeza cuando se trata del joven «Doufi», con bigote estilizado cuando se trata del Wölfli adulto. En los

⁷³ WÖLFLI, Adolf, (1985), ***Von der Wiege bis zum Graab. Schriften 1908-1912***, Frankfurt am Main, Kunstmuseum Bern, (176-181).

elementos ornamentales se repiten el anillo de cencerros, las hélices de barco, las bolas, las babosas (con una fuerte componente erótico–sexual) y más tarde los pajaritos que podrían ser un desarrollo posterior del motivo de las babosas y que implican igualmente una carga sexual aunque aparecen en cualquier dibujo como relleno, son portadores de emociones como la amenaza, miedo, deseo y excitación sexual e instintiva.

Podemos observar con claridad esta carga erótica en el collage «In zwei Königreichen» (En dos reinos) donde una pareja se da un apretón de mano por encima de una mesa. Wölfli dibuja por encima de la pareja dos pajarillos rojos que refuerzan la carga erótica de la ilustración recortada de una revista. En el cuaderno geográfico habla de los pajarillos (es necesario tener presente que en alemán pajarillos son «Vögel» y Wölfli utiliza el verbo «vögeln» para follar): «*Y ahora procedamos a follar un poco, sin embargo, en este texto, yo no soy precisamente un maestro. A propósito: los pajarillos azules: los pajarillos verdes: los pajarillos naranjas. los pajarillos rojos: los pajarillos negros. ¡¡Hum!! Es que tienen muchos colores. Ja, ja, ja, ja, ja. ¡¡Ebjä!! Ahora empiezo por lo pequeño y, subo cada vez más alto. Pero hoy me he caído, por eso de ahora en adelante, los niños balbucean. Los pájaros: ¡Ahora, sí! Yo he pajareado frecuentemente: En nuestra región no son precisamente de tamaño gigantesco. Y, sus nombres diferentes, los que en nuestra tierra conoce cualquier niño con bastante exactitud, marcarlos aquí y ahora, me pediría mucho tiempo, esfuerzo y papel y, con esto empiezo con la explicación de los voladores multiformes en las zonas altamente meridionales y regiones de nieve perenne, en la parte más al sur y más al sudeste de nuestro globo terráqueo. Pájaros de lujo y de adorno. El órgano imperial: el tambor real; los ggontgallos: el gganggalon: la suippe: el prinell: el pavo real: el gallo dorado: la hoz: los delfines: el faisán: el pelícano: el rummel: el avestruz: etcétera: Están en el continente meridiano sur, en el Gran Mar del Este, Mar Brand e islas del Pacífico, lo mismo que el cisne gigante, la oca, el pato, la gallina y, los multiformes, en parte gigantes palomas etcétera, no sólo por su plumaje valioso y sus huevos: sino también por su carne en altísimo grado sabrosa, (comestibles.) en más alto grado provechosos y están, en las llamadas regiones, representados en números altísimos. Pasemos ahora a los multiformes aves rapaces, que en aquellas regiones están puntualmente representados en número extremadamente enorme, hombres y animales,*

*como también en las especies más menudas entre ellos, son en el grado más alto nocivos, molestos y, peligrosos. Hay que enumerar para el cazador y escopetero, en primera instancia El cóndor: el agraalong: el murvitt: el muhrfrison: el printtong: el horatoos: el rey: el emperador: el duque: el príncipe: el caballero: el conde: el maestro: el menelico: el sartoos: y muchos otros más».*⁷⁴

Este pasaje textual de una de las obras principales es típico en la producción literaria de Wölflí, se trata de inventar un mundo propio, de cambiar el mundo físico en la imaginación adoptando el papel del demiurgo. Podemos observar varios niveles narrativos: por una parte el narrador principal que enumera los diferentes animales fantásticos, luego el mismo autor que se manifiesta con intervenciones de tipo obsceno, risas (ja, ja, ja), la interjección «¡Ebjä!» que aparece cada vez que Wölflí parece comentar algo en directo, como autor omnipotente. En otras partes podemos observar que se dirige a un lector: «Queridos lectores, ¿me permiten que les lleve de viaje a tierras...?» Wölflí tenía la intención de publicar sus cuadernos en una editorial de Berna, cosa que no ocurrió antes de su muerte, pero él había escrito cartas con indicaciones sobre la manera y el orden de cómo habían de ser publicados sus cuadernos. Es interesante también saber que Wölflí se consideraba a sí mismo un artista, sabía que se había publicado un libro sobre él, intentaba incluso montar exposiciones, aceptaba encargos (pintaba armarios, biombos, dibujos de encargo en los que tenía en cuenta las preferencias de los clientes), también había pintado toda su celda y hasta se le ocurrió hacer un esbozo de una alfombra para su habitación. Leemos en el historial clínico: «3 de nov. 21: El paciente ha pintado su celda, es muy bonito, desgraciadamente ha empezado a pegar entre sus dibujos ilustraciones de magazines, revistas y tarjetas postales, le gusta más así. Quiere una alfombra para la celda según un dibujo suyo, me dice que tiene bastante dinero, que la encarguemos sin falta en Constantinopla».⁷⁵

⁷⁴ WÖLFLI; Adolf, (1991), **Geographisches Heft nº 11**, Stuttgart, Kunstmuseum Bern, (p. 333).

⁷⁵ MORGENTHALER, Walther, (1921), **Ein Geisteskranker als Künstler**, Bern, (p. 126-151).



Ilustración 16: Adolf Wölfli, «Skt. Adolf-Thron-Arnika» (árnica de trono de San Adolfo) 1917. Lápices de color.

Sin duda esta seguridad y autoestima ayudó al paciente Wölfli. En su vida como interno de la clínica Waldau hubo de todos modos unas circunstancias felices que le permitieron desarrollar su vocación artística. Entre ellas habría que nombrar la coincidencia con el médico Walter Morgenthaler, el ambiente protegido del manicomio que le permitió dedicarse plenamente al dibujo y a la redacción de sus textos y el interés que mostraban algunas personas ajenas al manicomio por su arte (André Breton, Dubuffet, Jung que poseía algunos dibujos de W.). Todos estos factores permitieron la gran creación wölfliana y su conservación hasta nuestros días. Mientras que la investigación sobre el artista anteriormente no se había fijado tanto en los escritos y los cuadernos de Wölfli (el libro de Morgenthaler sólo incluye dibujos sueltos del artista).

3.5.4 Wölfli y el mundo artístico

Uno de los puntos más controvertidos en la recepción de los artistas *brut* tiene su origen en la opinión muy clara y polémica de Jean Dubuffet sobre la locura, las artes oficiales y las no oficiales (*art brut*), los círculos de comercialización y los museos públicos. Para Dubuffet hay que distinguir claramente entre las artes oficiales en las que cualquier producción pasa por un proceso intelectual que reproduce también buena parte de ideas recibidas, que son reflexiones en el sentido más etimológico del término. Para el fundador de la *Compagnie de l'Art Brut* estaba claro que el único arte verdadero consiste en plasmar directamente las imágenes creadas en el inconsciente, sin pasarlas por la criba intelectual de la educación artística. Dubuffet no quería que los artistas *brut* entraran en los circuitos oficiales del arte como son las galerías y los museos institucionales, para él, esto habría constituido una contaminación de la pureza del arte marginal y primitivo. Una de las condiciones para la donación de su colección privada a la ciudad de Lausanne (lo que hoy constituye la *Collection de l'Art Brut* en el Palais de Beaulieu) fue que las obras nunca fueran prestadas para ser expuestas en museos tradicionales. Dubuffet también se había opuesto con toda su fuerza contra la consideración de enfermos mentales de muchos de los artistas de su colección, para él este aspecto era completamente secundario, estando en el primer plano el artista y no su enfermedad. Esta posición revolucionaria le llevó en 1951 a enfrentarse con André Breton que era miembro fundador de la *Compagnie de l'Art Brut* y dimitió entre otras razones por la poca importancia que daba Dubuffet a la enfermedad mental. Con esta posición antipsiquiátrica el artista francés naturalmente chocaría fuertemente con los representantes de la psiquiatría clínica tradicional. Pero Breton había conocido la obra de Wölfli y lo admiraba profundamente y lo nombró en 1965 con Pablo Picasso, Heráclito, Octavio Paz, Charles Fourier, Alphonse Toussenel y Georges Gurdjief como uno de los siete precursores e instigadores de la Undécima Exposición Internacional del Surrealismo en la Galería *L'Œil* en París. En el prólogo del catálogo dio la palabra a cada uno de los siete elegidos: «El triunfador (Wölfli), uno con su víctima, aquí en toda su grandeza; hasta ahora nunca apareció la cara de la medalla en contraste tan grande con el verso: en una cara itifálico corriendo detrás de niñas miserables, en la otra alegre, aunque encerrado de por vida, como gran «mangas de camisa»,

el tabaco de mascar en la mejilla, delante de una pila de sus creaciones plásticas cuyo conjunto representa una de las tres o cuatro obras más importantes del siglo veinte. *Y lo que no se ha hecho, Se haga. Amén, amén. Y, se hace (cit. Wölfli)»*.⁷⁶

Ya en el año 1958 Breton publicó un artículo de Theodor Spoerri, psiquiatra de la clínica de Waldau, sobre la ornamentación de los armarios del museo que Wölfli había realizado en 1916. El mismo padre del surrealismo había comprado en 1948 dos dibujos de Wölfli de la colección Dubuffet. A parte del interés que mostraba el grupo surrealista por la producción plástica de los enfermos mentales y las publicaciones de los psiquiatras precursores de los años veinte, Morgenthaler y Prinzhorn, el interés por los artistas con enfermedades mentales decae sobre todo durante los horrores del Tercer Reich con su política de eutanasia y la ridiculización de los artistas expresionistas y surrealistas en la exposición sobre «arte degenerado».

⁷⁶ BRETON, André, (1970), «Générique» (1965) en: **Perspective cavalière**, París, (pp. 238-242).



Ilustración 17: «Grossgross-Göttin-Regentia» (Gran-gran Diosa Regentia), 1915. Lápices de color.

Sólo después de la Segunda Guerra aparece un nuevo grupo de psiquiatras que se muestra activo en el campo de la psicopatología y el arte. En el año 1950 se organizó en el marco del Primer Congreso Mundial de Psiquiatría una exposición de arte psicopatológico con cerca de 2000 obras procedentes de diferentes colecciones, entre ellas se podían ver también diez Wöflis de la colección particular del médico de Waldau, Arnold Weber. Con motivo del Simposio Internacional sobre el Arte Psicopatológico 1959 en Verona se expusieron veinticuatro dibujos sueltos y un cuaderno de Wöfli de la colección Morgenthaler. También en este simposio se redactó el acta fundacional de la S.I.P.E., de la *Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression* que sociedad organizó hasta 1965 varias exposiciones con arte de enfermos mentales en Europa, América y en África. En ella militaban psiquiatras

como Ludwig Binswanger, Manfred Bleuler, Ernst Kretschmer, C.G. Jung y Jacques Lacan, el artista Dubuffet, el historiador del arte Ernst H. Gombrich y el historiador de la literatura Jean Starobinsky. Más tarde la revista ***Confinia psiquiátrica***, fundada por los dos médicos asistentes de la Waldau Theodor Spoerri y Hans Heimann se convertirá en el órgano oficial de la S.I.P.E. y buscará nexos con las ciencias vecinas de la psiquiatría como la antropología, el arte, la religión, la sociología etc. También en la ciudad de Lausanne hay en esos años un psiquiatra interesado en el arte de los enfermos mentales: es Alfred Bader que empezó en los cincuenta a coleccionar obras de sus pacientes (entre otros de Aloïse Corbaz) y fundó en el año 1963 en la clínica universitaria de Lausanne el *Centre d'études de l'expression plastique*.

Si Adolf Wölfli y Aloïse Corbaz cuentan ya entre los clásicos del *art brut* e incluso han entrado en las enciclopedias del arte convencional, esto es el resultado de una larga historia de marginación por parte de muchos. Para Wölfli este reconocimiento del mundo del arte oficial le llegó en el año 1963 de la mano del historiador del arte y curador Harald Szeemann quién mostró en la Kunsthalle Berna la exposición «Bildnerei der Geisteskranken — *Art brut* — Insania pingens» las obras de «diecisiete creadores esquizofrénicos». Un año más tarde, la primera obra de Wölfli «Riesen=Stadt, Waaben=Hall» (1917) entró en un museo de arte público, la obra formaba parte de una colección privada donada al Museo de Arte de Basilea con obras de Dubuffet. De este modo y por ironía del destino, Wölfli entró en el ámbito del arte «normal» de la mano del padre del *art brut* quien siempre había defendido la separación, es decir la no-integración del *art brut* en los circuitos convencionales del arte (*arts culturels vs. art brut*). También fue el Museo de Arte de Basilea la primera institución pública en dedicarle una exposición individual a un artista enfermo mental. En 1971 se mostraron 101 dibujos de Wölfli procedentes de la colección de Ernst y Elisabeth Mumenthaler-Fischer, un matrimonio coleccionista de Basilea. Pero el pleno reconocimiento póstumo de Wölfli llegaría un año más tarde en la Documenta 5 de Kassel, de nuevo de la mano de Szeemann su obra fue puesta en el contexto del arte contemporáneo y declarada *mitología individual* por Szeemann. En la feria se reconstruyó la celda de Wölfli con la pila de escritos y dibujos de la obra completa, en una segunda sala se reconstruyó el museo de la Waldau con los armarios decorados por Wölfli. Szeemann

continuó interesándose por el arte de los enfermos mentales con las exposiciones *Museum der Obsessionen*, *Junggesellenmaschine*, *Der Hang zum Gesamtkunstwerk*, *Visionäre Schweiz*.⁷⁷

En 1973 se expusieron dibujos de Wölfli en una sala de dibujos infantiles de Paul Klee. En 1987 el director de la Fundación Paul Klee, Jürgen Glaesemer, expuso obras de Wölfli y Klee en la misma sala con motivo de la exposición *Die Gleichzeitigkeit des Anderen*⁷⁸ Otra de las exposiciones que intentaron la integración del arte marginal o «Outsider Art», como lo prefiere llamar el especialista Roger Cardinal⁷⁹ en el ámbito anglosajón, fue *Visiones Paralelas*⁸⁰ que mostró los contactos entre el arte de los enfermos mentales y el arte moderno y los cruces y mestizajes que son frecuentes en un terreno tan resbaladizo como lo es la frontera entre locura y cordura. Sea como fuere, la fama de Wölfli ya no se puede parar, sus obras están presentes en muchas colecciones privadas y públicas y en los últimos veinte años han figurado en muchas exposiciones no sólo de *art brut*. De este reconocimiento también testifican los precios que alcanzan las obras del artista de Berna en el mercado del arte, en 1963 se había tratado la venta de 67 dibujos de Wölfli entre von Ries y Dubuffet por 4.500 francos suizos (unas 450.000 pesetas), a principios de los setenta los dibujos de Wölfli se vendieron entre 3.000 y 10.000 francos suizos (entre 300.000 y 1.000.000 pesetas), en 1994 se vendió el cuadro «Memorandum» por 120.000 francos suizos (unos 12 millones de pesetas).

La popularidad de Wölfli también se mide por las numerosas portadas de libros sobre *art brut* o arte marginal. En su libro ***Raw Creation, Outsider Art and Beyond***⁸¹, John MAIZELS le dedica un capítulo entero con el título «The phenomenon of Adolf Wölfli», lo mismo hace John MAC GREGOR en ***The Discovery of the Art of the Insane*** en el capítulo «The World of Adolf

⁷⁷ «Museo de las obsesiones, Máquina de solterones, La tendencia a la obra de arte total, Suiza visionaria» que también se mostró en el Mncars.

⁷⁸ «La contemporaneidad de lo otro».

⁷⁹ CARDINAL, Roger, (1972), ***Outsider Art***, Londres.

⁸⁰ VV.AA., (1992), ***Parallel Visions. Modern Artists and Outsider Art***, Catálogo de Exposición, Princeton.

VV.AA., (1993), ***Visiones Paralelas***, Madrid, Museo Centro de Arte Reina Sofía.

⁸¹ MAIZELS, John, (1996), ***Raw Creation, Outsider Art and Beyond***, London, Phaidon Press, (pp.22-30).

Wölfli».⁸² Escribe Mac Gregor «De todos los países de Europa, Suiza tiene una única relación con el arte de los enfermos mentales. Lo mismo que perseguidos y exilados encontraron un santuario allí, con sus ideas revolucionarias que habrían resultado inaceptables en otra parte, el arte espontáneo de personas psicóticas, se podría decir, ha encontrado una casa en Suiza. En los últimos años Suiza ha abierto sus galerías de arte públicas a la obra de maestros esquizofrénicos en una escala y de una manera que sugiere que estas imágenes han encontrado su aceptación como arte. [...] En este país la psiquiatría también parece haber sido especialmente receptiva a la producción visual de pacientes y el coleccionismo sistemático ya estaba en boga entre los miembros de la asociación psiquiátrica suiza bastante antes de la Segunda Guerra Mundial».

⁸² MAC GREGOR, John M., (1989), *The Discovery of the Art of the Insane*, Princeton, Princeton Univ. Press, (pp. 206-221).

3.6 El artista esquizofrénico Carlo Zinelli

3.6.1 Biografía



Ilustración 18: «Caballos y quepis de alpini», 1967. Témpera sobre papel.

Carlo Zinelli nació en San Giovanni Lupatoto, un pueblo a unos 15 kilómetros de Verona, en un valle muy fértil, el día 16 de julio de 1916. Cuando Carlo era joven, San Giovanni tenía una población de 3000 habitantes que vivían de la agricultura. Un pueblo típico de la provincia de Verona, con una enorme iglesia desproporcionada en relación con el tamaño de las casitas que se apiñan en torno a ella y que aglutinaba toda la vida religiosa y social de esa pequeña comunidad.

La casa en que vivía la familia de Carlo se encontraba dentro del mismo pueblo. Su padre era carpintero, siguiendo la tradición familiar por muchas

generaciones, y un excelente artesano. Su taller sigue funcionando y está a cargo de un hermano de Carlo, muy hábil tallando madera y experto en decoración. Su madre se dedicaba a las tareas del hogar y el cuidado de sus hijos, según la costumbre de las familias campesinas de tipo patriarcal. Carlo era el cuarto de siete hermanos. Su hermano Raffaello murió en 1941 en un hospital psiquiátrico donde estaba internado por padecer esquizofrenia. Dos de sus hermanas eran alcohólicas. Ninguno de los hermanos restantes mostraban signos de comportamiento patológico o trastornos mentales. Entre los familiares en línea ascendente por parte materna, tenía una tía que sufría este tipo de alucinaciones. Sus padres recuerdan que en la enseñanza preescolar Carlo no tenía facilidad para hacer amistades y casi siempre jugaba solo. Asistió a los tres primeros años de escuela primaria con buenos resultados. Sin embargo, cuando cumplió nueve años, según era común entre las familias pobres del lugar, tuvo que dejar la escuela y empezar a trabajar. Como sus hermanos mayores ya estaban ayudando en el negocio del padre, él fue contratado por una familia de campesinos y trabajó en el campo durante cinco años. Desde esa edad en adelante vivió fuera del seno familiar únicamente regresando a casa para unas cortas vacaciones. La granja distaba mucho del pueblo lo que fortaleció en una mayor medida sus inclinaciones solitarias fomentando su afición e interés por la naturaleza y en particular los animales. En sus cuadros la característica es esta estrecha unión con la «tierra».

Cuando cumplió los quince años, su padre decidió enviarle a trabajar como carnicero a Verona para engrosar con una contribución fija los ingresos familiares. Sin embargo, este traslado al entorno urbano le resultó realmente traumático, añorando continuamente la campiña. Fue en este periodo de su vida cuando empezó a interesarse por la música y a pintar de vez en cuando. Algunas veces ilustraba las tarjetas o cartas que enviaba a sus padres. Se abstraía de los contactos con otras personas que forzosamente se veía obligado a tener a través de la música y la pintura.

Vivió en la ciudad hasta que le reclutaron para el servicio militar a la edad de veinte años, siendo entonces cuando empezó a mostrar los primeros signos de trastornos mentales. Sirvió con la Infantería Ligera de Montaña en el batallón «Trento». Llegó a luchar en la Guerra Civil española y posteriormente en la Segunda Guerra Mundial, aunque muy pocos meses. En el año 1941 la

enfermedad se hizo manifiesta y tuvo que ser ingresado por primera vez en un centro psiquiátrico, siendo relevado del servicio militar y enviado a casa. Durante los años 1941 hasta 1947 se incrementó considerablemente la frecuencia de las crisis de manía aguda, caracterizadas a veces por un comportamiento agresivo y otras por ataques de terror y miedo, teniendo que ser internado de nuevo. Se le trató con insulina y electroshock. En 1947 y cuando ya tenía 31 años, se le recluyó permanentemente en el Hospital Psiquiátrico de Verona, donde permaneció hasta su muerte en 1974. El diagnóstico clínico fue esquizofrenia paranoica.

3.6.2 El taller de Verona y el psiquiatra Andreoli

Carlo sintió en el hospital una fuerte necesidad de expresión plástica. Los enfermeros se quejaban de sus grafitis realizados en la pared con la ayuda de una madera o de un objeto punzante. Michael Noble, un escultor escocés, que vivía en la región, supo de la existencia del paciente que realizaba esos dibujos garabateados en las paredes. Fue a verlos y se convenció que eran arte y que Carlo era un importante artista. Formó un grupo de pintores en el hospital y en la carpintería se les instaló en 1957 un sitio para pintar y dibujar. Parece que Noble se divertía exponiendo en la finca donde residía a artistas consagrados mezclados con obras salidas del taller del hospital. Cuando los críticos contemporáneos se confundían y tomaban a las obras de los artistas locos por «normales» y al revés, Noble se burlaba de ellos y puso a más de uno en un aprieto.

Lo especial del *taller* del hospital veronés es que la idea inicial había sido de un artista (Michael Noble) y no de un médico. Según Andreoli se trataba de una especie de laboratorio para el estudio de la creatividad de los enfermos mentales. Andreoli en una primera visita al hospital se quedó impresionado por la obra de Carlo a quien dedicaría un estudio monográfico.⁸³ El joven médico empezó a completar su formación como psiquiatra en el Hospital Psiquiátrico de Verona y trabó amistad con el pintor Carlo. Lo llevaba de paseo, a la ciudad, a

⁸³ ANDREOLI, Vittorino, (1996), **Carlo a mad painter**, Venecia, Marsilio.

museos y galerías. Para Andreoli el valor de los dibujos de sus pacientes no es puramente artístico, también constituyen una ayuda valiosa en el análisis y el entendimiento de los pacientes. Pero el psiquiatra italiano estaba convencido del talento artístico de Carlo. Para él, la locura de Carlo no era más que un rasgo característico más del artista Carlo. Carlo era único y Andreoli no duda de incluirlo en la lista de grandes pintores que habían estado encerrados en manicomios como Aloïse y Wölfli: «Ellos son tres grandiosos pintores locos que han sido reconocidos internacionalmente, y es seguramente un número que no nos permite relacionar el arte con la locura o alarmar a los pintores «normales» que podrían temer la competencia de los hospitales psiquiátricos».⁸⁴ Después de haberlo acompañado en su evolución artística durante años y haberse especializado en el tema de la expresión artística en los enfermos mentales, el médico decidió presentarse con una carpeta de dibujos de Carlo debajo del brazo en la casa de Jean Dubuffet, en París, sede de la *Compagnie de l'Art Brut*. Eso fue en el año 1963. Los celos de Dubuffet hacia Andreoli eran grandes porque sabía que era psiquiatra. No obstante el italiano consiguió convencerle y el maestro terminó por dignarse a ver los dibujos. Lo que vio debió impresionarle ya que Carlo fue acogido en el círculo de los artistas *brut* «oficiales» con todos los honores. La *Compagnie* le dedicó un fascículo⁸⁵ en el año 1966 y, a pesar de los celos de los miembros de la sociedad hacia la psiquiatría, la *Compagnie* admitió con Andreoli al primer psiquiatra como socio.

3.6.3 ¿El *art brut* superado?

Para Andreoli la fase *brut* de Carlo se terminó algunos años más tarde y el psiquiatra y protector del artista esquizofrénico está hoy convencido que los trabajos de Carlo tienen que figurar como obras de arte a secas y sin adjetivos. Después de la muerte de Dubuffet la categoría de arte *brut* se ha convertido en un movimiento artístico histórico y ya no tiene sentido de distinguir entre *culturel*

⁸⁴ Ibid. (p. 19).

⁸⁵ ANDREOLI, V., TRABUCCO, Ch., PASA, A., (1966), «Carlo» en: *L'Art brut*, fascículo 6, Compagnie de l'Art Brut, Paris.
ANDREOLI, V., (1982), «Les dernières années de Carlo», en: *L'Art brut*, fascículo 11, Collection de l'Art Brut, Lausanne.

y *non-cultural* como lo había hecho el fundador de la *Compagnie*. Escribe Andreoli en ***A Mad Painter*** «Yo no sé lo que es y lo que no es cultura. No sé lo que quiere decir académico o popular hoy en día. No sé si Carlo, en lugar de ser *non-cultural*, es un hombre de cultura que es capaz de dibujar desde la locura un mundo tan refinado como para situarlo en el mismo sitio que las civilizaciones antiguas de Mesopotamia o del valle del Nilo». ⁸⁶



Ilustración 19: «Perro rojo y pájaros», 1960. Témpera sobre papel.

Andreoli realizó un estudio muy acertado sobre la simbología que utiliza Carlo en su pintura. Observa como en otros pintores esquizofrénicos una extraña mezcla entre lo sexual y lo sagrado.⁸⁷ Frecuentemente los símbolos religiosos pueden tomar el sentido de símbolos sexuales. Las cruces por ejemplo pueden convertirse en los dibujos de Carlo en falos. Interesante es la representación del sexo masculino como un pájaro, símbolo que ya había llegado a formar parte del repertorio de diferentes sociedades y culturas. La carga erótica y sexual es omnipresente en los dibujos de Carlo pero parece que se trata de una faceta que el artista vive casi por completo en su arte. El

⁸⁶ ANDREOLI, Vittorino, (1996), ***Carlo a mad painter***, Venecia, Marsilio, (pp. 25-30).

⁸⁷ Ibid. (pp. 23-24).

psiquiatra no le descubre actitudes obscenas ni tampoco deseos obvios de vivir su sexualidad: «La sexualidad potente y bruta [...] en su obra gráfica no corresponde con su vida o su comportamiento externo. De hecho su calma es casi una señal convincente de asexualidad. Tiene la pinta de un hombre feliz, sin trastornos causados por algún problema. No parece inhibido y pocas veces se le ha visto movimientos que imiten alguna relación sexual».⁸⁸ Andreoli ve la obra de Carlo no solamente como arte sino también como una vía alternativa de comunicación.⁸⁹ ¿Pero no es el arte por definición una vía de comunicación? El artista plástico tiene que encontrar un lenguaje personal, el cual sin embargo tiene que tener la suficiente dosis de universalismo para conseguir conectar de una manera no verbal con el público. Para Carlo la pintura no era la única manera de comunicación. También hablaba pero lo hacía de una manera muy especial, con un código no compartido por los demás. Sus frases se parecían a las poesías fonéticas o *glosolalias* de algunos poetas futuristas o del movimiento dada. Andreoli solía citar el siguiente monólogo de Carlo:

«Miri miritacca leratanl leratanlir / e invese anca quel lì no'l m'à mostra / e salta fora quel lì / e l'è saltà ne l'Adese / el s'à negà/ no'l s'à pì visto quel lì / [...] lardo / lardàrico / larsenàdico / sasardico / sasàrda / sanàrdico / s`l'è là / ,isto l'à ciapà la Bruna / come 'verghe un chilo de pappe / o de sartécolo o 'l manso / o 'l banso di di mussa / di mussùdacca / o o o saldàr el sàldaca / del sald`raco àlrdaco /del burri del burricàldac / del caldo del frabòrzico».

Aunque las frases en este monólogo no tienen sentido para nosotros, se reconocen y se entienden algunas palabras en italiano. Lo demás son creaciones fonéticas de Carlo. Son sus propias palabras que para el pueden tener un significado muy directo. Son símbolos como los quepis de los soldados *Alpini* con cuyas tropas Carlo hizo su servicio militar y tuvo experiencias traumáticas en la guerra. O los pájaros, las ratas, los curas que se repiten en series interminables en las pinturas de Carlo. Para Allen WEISS⁹⁰ estas glosolalias en su estado puro y prepoético son típicos del lenguaje de los niños, de esquizofrénicos o de médiums. Son puro significante y rechazan

⁸⁸ Ibid. p. 29.

⁸⁹ ANDREOLI, V., (1977), «La communication non verbale d'un schizophrène», en ***Psychopathologie de l'expression***, vol 24, Basilea, Sandoz.

⁹⁰ WEISS, A., (1992), «Obsession and Art Brut», en ***Parallel Visions***, Princeton, (p. 281).

cualquier tipo de significado. Con los experimentos de los dadaístas y los surrealistas la glosolalia que anteriormente se había considerado como sintomática de la psicopatología evolucionó hacia una forma de expresión poética. «Dada no significa nada», proclama Tristan Tzara en el manifiesto Dada de 1918 y los poemas de los dadaístas a primera vista no tienen sentido. Pero luego sí lo tienen. Leyendo en voz alta «Totenklage» (Lamento funeral) de Hugo Ball sí nos transmite algo. No a través de palabras con un significado que obedece a un código lingüístico común, sino a través del sonido y del ritmo, igual que las composiciones de Carlo:

«ombula
take
biti
solunkola
tabla tikta tokta takabla
taka tak
Babula m'balam
tak tru — ü
Wo — um
biba bimbel [...]»⁹¹

Naturalmente se trata de meras coincidencias, ya que en Carlo no se puede hablar de intencionalidad. Lo que sufre Carlo es un trastorno lingüístico que el gran lingüista Jakobson había clasificado como «Contiguity Disorders» y que afectan básicamente las reglas sintácticas de la organización de la frase. La estructura de la frase tiende a desintegrarse. El principio organizativo consiste en relaciones metafóricas, formales o rítmicas que lleva a un orden de palabras caótica y el uso de monoremas (frases de una sola palabra) y puede llevar hasta la desintegración de las palabras en puros fonemas. Esto puede llevar, como en el caso de Carlo, a una *aphasia universalis*, la pérdida completa del habla.

La estructura pictórica de Carlo es en gran parte parecida a esta manera de estructura. Las figuras salen estereotipadas, como formas elementales,

⁹¹ BALL, Hugo, (1992), «Totenklage», en: **Dada Zürich**, Stuttgart, Reclam, (p. 69).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

imágenes reducidas a ideogramas primarias, reiteración, serialización, la tendencia a la desrealización y finalmente a la abstracción y el uso de signos verbales como elementos plásticos. Este último fenómeno lo observamos ya en otros pintores *brut* como Wölfli, Walla o Korec.

3.6.4 Valoración de la obra de Carlo

Las primeras composiciones de Carlo están muy cargadas, como si se hubieran llenado los espacios entre las figuras poco a poco, volviéndose las figuras de este modo cada vez más pequeñas. Esta impresión de conglomeración todavía se ve reforzada por la multiplicación. Los diferentes motivos se duplican como si no fueran nada más que la múltiple repetición de un modelo que no existe. Sobre todo la figura humana aparece en la obra de Carlo terriblemente esquematizada y homogeneizada. A partir de los años sesenta las composiciones de Carlo empiezan a ser más sencillas. El pintor introduce un cambio entre formas con cuerpo y otras planas. Las figuras aparecen frecuentemente en grupos de cuatro. Este número parece tener un papel importante en la mitología de Carlo. En sus últimas obras aparecen letras que tienen un carácter alfabético, musical y pictórico al mismo tiempo. Se trata de una transgresión típica en el *art brut* entre la separación habitual entre escritura e imagen. La cercanía con culturas arcaicas y orientales es pura coincidencia en la opinión de Michel Thévoz, director del *Musée de l'Art Brut* en Lausanne.⁹²

⁹² THÉVOZ, Michel, (1990), *Art brut, Kunst jenseits der Kunst*, Aarau, AT, (p. 24).



Ilustración 20: «Figuras, ratas y pájaros», 1965. Témpera sobre papel.

Allen S. Weiss se pregunta en un artículo con el título «Obsession and Art Brut» por qué las obras de ciertos artistas enfermos mentales son arte y no meramente manifestaciones pictóricas de la enfermedad. Está claro que los conceptos románticos sobre el arte no bastan para definir la obra de Carlo, de Wölfli o de otros artistas *brut*. Lo mismo que el concepto romántico no es capaz de abarcar el arte del siglo XX. ¿Pero son las nuevas definiciones capaces de reconocer como arte la obra de una persona que no tiene ninguna intención de ser artista? Habría que citar la famosa frase de Marcel Duchamp que dice que todo lo que un artista dice que es arte, lo es realmente. Si Duchamp coge una

taza de un váter y dice que es arte, lo es. Esta definición encuentra su aplicación en el *readymade* y en el arte conceptual. La otra forma de definir el arte es más bien sociológica: Lo que la sociedad acepta como arte es arte. ¿Pero qué pasa con los creadores que ni quieren ser artistas y que tampoco están reconocidos por la sociedad o sus críticos o historiadores del arte? «¿Puede haber arte sin un nombre propio y arte, como lo reivindicaba Dubuffet, que olvida su propio nombre? ¿Cómo habría que modificar nuestras teorías estéticas e historias del arte para acomodar este tipo de obras?»⁹³, se pregunta Weiss.

Las obras de Carlo no tienen ningún contenido narrativo determinable: los elementos figurativos no tienen relación entre ellos, de manera que cada pintura podría ser parte de otra más grande, que a su vez podría ser cortada por cualquier parte para crear trabajos individuales. Lo que los caracteriza fuertemente, defiende Weiss, es el aspecto obsesivo de la obra de Carlo. Es lo que crea su articulación estructural, lo que previene de ser el equivalente pictórico del silencio. Allí está su obsesión con el número cuatro: tanto en sus pinturas como en sus actos de habla encontramos estructuras cuaternarias. Luego está su obsesión con los curas, una figura arquetípica de sus pinturas. Están los quepis de los «Alpini», los pájaros, los barcos, el *horror vacui* que también podría ser un miedo al silencio, a la soledad y que se encuentra frecuentemente en pintores esquizofrénicos. Todos estos rasgos de la obra de Carlo pueden ser interpretados como expresiones de su enfermedad o de las condiciones de la vida que llevaba en el hospital (anonimidad, masificación, monotonía etc.). Pero visto con los ojos de la estética modernista estas series ganan un sentido nuevo y se convierten en obras maestras del *art brut*. La creación de Carlo es individual a pesar de unas condiciones difíciles como la enfermedad en sí misma, la medicamentación, la influencia de los médicos. Para Weiss está claro que es importante ayudar a estos pacientes de superar «todas estas actividades sociales e instituciones que puedan inhibir la creatividad verdadera y esconder la verdadera diferencia». Negar por eso que la enfermedad mental no exista no puede ser el objetivo. Muchos de los que valoran este tipo de arte pueden olvidar que son muchas veces el resultado de dolor, de «memorias de dolor, o especialmente la superación del dolor están

⁹³ Ibid. (p. 281).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

transformados en signos llenos de significado de la relación del cuerpo del artista con la sociedad, signos que tenemos que recoger como nuestros propios», concluye Weiss.⁹⁴

Hace cuatro años se realizó una exposición en Madrid con las obras de este artista con motivo de un Congreso Internacional de Psiquiatría. En ella se pudo comprobar su gran valor así como su obsesión por la pintura. Las obras se debieron exponer entre dos cristales, ya que Carlo pintaba grandes cartones y cartulinas por ambas caras.

⁹⁴ Ibid. (p. 284).

4. ARTE Y PSIQUIATRÍA EN LA ACTUALIDAD

4.1 Visitas a establecimientos psiquiátricos con especial relación con el arte terapia o el *art brut*

Para hacernos una idea de cómo se utiliza el arte terapia en las clínicas del extranjero, se han visitado algunas de las más importantes de ellas. El primer viaje fue a Suiza, concretamente a la clínica Waldau en Berna. Se eligió porque allí estuvo encerrado el gran Adolf Wölfli que con su obra ya figura entre los grandes del *art brut* y del arte en general. Se trataba de ver lo que quedaba del espíritu del médico que descubrió a Wölfli como artista, el doctor Walter Morgenthaler. También se sabía que la clínica tenía un museo de psiquiatría y era interesante ver si se trataba de la colección que había iniciado Morgenthaler. El museo sólo abre un día a la semana al público, nos pusimos en contacto con los servicios psiquiátricos de la Universidad de Berna, de los cuales depende la clínica Waldau, y conseguimos una visita concertada.

La segunda visita fue a uno de los centros neurálgicos del *art brut* contemporáneo, a Maria Gugging, a unos veinte kilómetros de Viena donde Johann Feilacher continua con el proyecto de Leo Navratil. La Casa de los Artistas no sólo se ha convertido en un modelo en la psiquiatría internacional, también es hoy en día un verdadero centro de arte, donde los artistas viven y trabajan y una galería expone sus obras. Por carta y fax nos dirigimos a la dirección de la Casa de los Artistas y el director nos contestó que estaría encantado de enseñarnos el establecimiento y charlar un rato sobre el arte que producen los artistas de Gugging.

La tercera visita fue durante el congreso sobre arte terapia de *ECARTE*, en Münster, Alemania, en donde se tuvo la oportunidad de conocer otro modelo de terapia artística y de talleres. Dentro del hospital psiquiátrico Alexianer, la Casa Kannen trata de ofrecer talleres a los pacientes con un talento artístico especial. Los resultados de Münster han despertado, igual que los de Gugging, el interés de los especialistas en arte y en psiquiatría. Los terapeutas

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

de la Casa Kannen sí confían plenamente en el arte terapia aunque las obras de los artistas más conocidos de esta institución ya no son el producto de una terapia sino expresión libre de sus autores.

4.2 La clínica psiquiátrica Waldau (Suiza)

La clínica psiquiátrica Waldau, cerca de Berna, tiene un significado especial dentro de la historia del arte realizado en ambientes psiquiátricos. Aquí estuvo internado uno de los artistas *brut* más importantes del siglo XX: Adolf Wölfli (desde 1895 hasta 1930); este paciente estuvo probablemente en el inicio del reconocimiento del arte de los enfermos mentales por parte de la psiquiatría y del mundo del arte. Sobre todo Walter Morgenthaler, autor del estudio monográfico sobre Wölfli, empezó a llevar a cabo investigaciones con una colección de dibujos y obras plásticas de pacientes. Aunque ya antes de la llegada del psiquiatra había existido una pequeña colección en la Waldau, fue este médico quien empezó a estructurarla sistemáticamente. Hoy esta colección se ubica en la *Pfründerhaus*, edificio construido en 1759 como hospital para enfermedades dermatológicas y para residentes con pensiones vitalicias. Otros pacientes famosos de la Waldau fueron los escritores Robert Walser y Friedrich Glauser quien estuvo internado en varias clínicas psiquiátricas de los cantones suizos de Berna y de Zurich por sus problemas con las drogas y una esquizofrenia diagnosticada. Glauser narra sus experiencias con la psiquiatría de los años veinte y treinta en la novela policíaca ***Matto regiert***⁹⁵ (El reino de Matto). En el prefacio a su novela, publicada por primera vez en 1936, escribe el autor de novelas policíacas:

«Narrar una historia que se desarrolla en Berlín, Londres, París o Nueva York no tiene peligro. Narrar una historia que se desarrolla en una ciudad suiza al contrario tiene mucho peligro. [...] Todavía más peligroso es la tarea de narrar una historia que se desarrolla en un hospital psiquiátrico de Berna. Veo llegar una lluvia de protestas. Por ello quiero decir lo siguiente desde el principio: Existen tres hospitales en el cantón de Berna. Waldau, Münsingen, Bellelay. Mi hospital Randlingen no es ni Münsingen ni Waldau ni tampoco Bellelay. Los personajes que aparecen están libremente inventados. Mi novela no es ninguna novela clave. Una historia tiene que desarrollarse en algún lugar. La mía

⁹⁵ GLAUSER, Friedrich, (1995), ***Matto regiert***, Zürich, Limmat Verlag, (Traducción: Amaranto Editores, Madrid, sin publicar)

se desarrolla en el cantón de Berna en un manicomio. ¿Qué más? ...¿No estará prohibido contar historias, verdad?»⁹⁶



Ilustración 21: Objetos de la historia de la psiquiatría en Berna Waldau.

En la crónica del museo leemos: «La idea original del museo se remonta al año 1914. El acontecimiento fue la exposición nacional en Berna en la cual también participaría el manicomio cantonal de Berna Waldau. Paralelamente a esta exposición, en Europa se despertó el interés por las creaciones plásticas de los enfermos mentales y de este modo no sorprende que el psiquiatra Walter Morgenthaler se topara con la idea del museo ya que desde hacía algunos años acompañaba a Adolf Wölfli como su protegido». Con la ayuda del personal clínico y de otros médicos interesados Morgenthaler instaló en dos salas encima del antigua aula un museo. En una de las salas se exhibieron modelos de métodos de tratamientos antiguos, objetos que entre tanto se habían vuelto históricos como el baño tapado, las camisas de fuerza, cinturones, objetos de fuga (llaves hechas por los pacientes en diferentes materiales) y documentos del hospital. En otros archivos se conservaron los dibujos, los escritos y las composiciones de Adolf Wölfli y los trabajos de muchos más pacientes. Atención especial prestaba Morgenthaler a la colección de dibujos y

⁹⁶ Ibid., (p. 7).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

textos que utilizaba como material de estudio para su tesis de catedrático ***Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken***⁹⁷ (Transiciones entre dibujo y escritura en enfermos mentales) (1918) . Pero incluso después de la publicación de su libro famoso ***Adolf Wölfli. Ein Geisteskranker als Künstler***⁹⁸ (1921) continuó su actividad de coleccionista para el museo hasta aproximadamente el año 1930 como prueba su fichero.

Después de Morgenthaler el museo decayó durante un periodo aunque la dirección de la clínica nunca abandonara su cuidado. En el año 1987 el director de clínica, doctor Wolfgang Böker, inició los trabajos necesarios de archivar la colección. La restauración profunda de la *Pfränderhaus* dio origen a la «Fundación Museo de Psiquiatría Berna» que es hoy en día propietaria del museo inaugurado en 1993, de este modo toda la colección, que hoy se atiende y se completa de manera científica, llegó desde la Vieja Clínica al archivo museístico de la Pfränderhaus.



Ilustración 22: Armario adornado por Adolf Wölfli con trabajos de pacientes en el Museo de Psiquiatría, Waldau, Berna.

⁹⁷ MORGENTHALER, Walter, ***Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken***, tesis de catedrático sin publicar.

⁹⁸ MORGENTHALER, Walter, (1921), ***Ein Geisteskranker als Künstler***, Bern.

Al lado de objetos históricamente importantes y documentos, el museo alberga también una colección de trabajos de pacientes que tiene como base fundamental la colección realizada por Morgenthaler. Comprende 2500 obras plásticas (dibujos, acuarelas, cuadros al óleo y collages), aproximadamente 1500 folios de texto (dos terceras partes en alemán y el resto en francés), también trabajos textiles y de madera, barro, cerámica y de otros materiales. Una sala se destina a exposiciones temporales que giran siempre en torno a temas relacionados con la clínica y que se alimentan de los fondos de la casa.

Hoy en día en la clínica de Waldau se sigue animando a los pacientes a que pinten: Durante nuestra visita, en junio del año 2000, se tuvo la oportunidad de ver los largos pasillos subterráneos, que unen las diferentes partes del hospital, allí se encuentran grandes murales realizados en los últimos años por internos de la Waldau. Algunas de las obras que adornan las paredes tienen valor artístico, otras son manifestaciones interesantes por su contenido y mensaje. «De todas formas existe un valor terapéutico», explica el curador del museo de psiquiatría de la Waldau, «Waldau» porque los pintores pueden realizar sus obras en gran formato y exponerlas en un sitio donde se ven».

En el museo psiquiátrico de la Pfründerhaus el curador nos mostró los objetos de colección de Morgenthaler. Los fantásticos armarios adornados por el mismo Adolf Wölfli por encargo del doctor Morgenthaler. «Valen hoy más dinero que un Ferrari», nos dice el curador no sin orgullo de ser el guardián de tales tesoros. Y Wölfli no sólo se puede contemplar en la colección de la clínica de Waldau o en el museo de la *Collection de l'Art Brut* en Lausanne, sino que sus obras también han encontrado el camino en museos de arte convencionales. El *Kunstmuseum* de Berna alberga desde 1976 en una sala exclusiva varias obras del hoy famoso paciente de la Waldau. La «Fundación Adolf Wölfli» se diferencia con esta forma de integración de la obra de un marginal en los contenedores clásicos de arte (*Kunstmuseum* Berna en este caso) de la separación dubuffetiana que prohibió que las obras de su colección de arte brut se prestaran a museos de arte convencional o artes culturales. El museo de Berna conserva y expone también obras importantes de Heinrich Anton Müller. Para Josef Helfenstein, director de la Fundación Paul Klee y de la Colección Gráfica en el *Kunstmuseum Bern*, la idea de exponer los artistas *brut*

al lado de artistas como Klee, Kandinsky, Max Ernst, Masson, Miró o Meret Oppenheim recobra todavía más sentido si se recuerda «que estos representantes de la vanguardia en Alemania y Francia eran los primeros defensores de las *imágenes de los enfermos mentales*. Kandinsky y Klee empezaron a estudiar activamente el arte de los enfermos mentales en Munich, Max Ernst un poco más tarde en Colonia». ⁹⁹

Cuando se realizó la visita al Museo de Arte de Berna, en la sala contigua a la de Wölflí se había montado una exposición temporal de Ilya Kabokow que recrea a la manera de Pessoa sus personajes, pintores a los que incluye su biografía y ejecuta los cuadros de estos artistas imaginarios o virtuales. El gran Wölflí inventaba reinos y mundos en el espacio que es aquel jardín vallado donde nacen nuestros sueños, como lo dijo en una comparación magistral Alfred Bader¹⁰⁰. Los «normales» tenemos según esta imagen algunas veces el privilegio de poner un pie en el jardín, son los momentos de inspiración. El artista a lo mejor tiene el permiso de penetrar completamente en el jardín onírico, pero la puerta de la valla queda abierta y puede salir en cualquier momento. El esquizofrénico, sin embargo, que pierde el contacto con la realidad, está encerrado en el jardín. «La enfermedad no está en el jardín porque cada persona lo posee. La enfermedad de la esquizofrenia consiste mucho más en que la cancela del jardín está cerrada y el enfermo se convierte en prisionero. El funcionamiento de la cancela decide: Patología por un lado, salud y la así llamada creatividad normal por el otro... Las imágenes de los esquizofrénicos se realizan *per definitionem* en este jardín. El esquizofrénico arroja de vez en cuando malas hierbas y con bastante frecuencia flores extraordinarias sobre la valla. »¹⁰¹ No cabe duda que Adolf Wölflí arrojaba muchas flores magníficas.

⁹⁹ HELFENSTEIN, Josef, (1996), «Adolf Wölflí im Museum», en: **Adolf Wölflí, Schreiber, Dichter, Zeichner, Componist**, Basel, Wiese, (p. 2).

¹⁰⁰ BADER, Alfred, (1990), «An der Seite von Aussenseitern», en: **Von einer Welt zu'r anderen**, Colonia, Du Mont, (pp.86-102).

¹⁰¹ Ibid., (p. 90).



Ilustración 23: Murales realizados por internos adornan los pasillos subterráneos en la clínica Waldau.

4.3 El estado del arte en las clínicas psiquiátricas

Si hablamos del *art brut* actual, el camino nos tiene que llevar necesariamente a Gugging, a la clínica psiquiátrica de María Gugging cerca de Viena. En este hospital existe algo único en el mundo, una institución que busca su parecido a pesar de tener muchos imitadores. Se trata de la Casa de los Artistas de Gugging, una institución dentro de la clínica que reúne debajo de un techo diferentes pacientes con calidades artísticas. La iniciativa es del doctor Leo Navratil que empezó a constatar que en algunos de sus pacientes había un talento extraordinario para la creación artística.

Navratil había empezado con los clásicos tests de proyección de personalidad pidiendo a sus pacientes que dibujaran figuras humanas. El psiquiatra austriaco se dio cuenta que sus pacientes dibujaban de muy diferente manera según el estado de su salud mental: «lo que era interesante para mí, fue descubrir que durante los estados graves de psicosis los dibujos de los pacientes eran mucho más creativos y originales y frecuentemente más artísticos que en sus otros estados donde todo aparecía bastante más

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

convencional y común».¹⁰² Navratil descubrió que también el uso de ciertos medicamentos podía tener un efecto inhibitor sobre la creatividad de sus pacientes. En los años 60 el psiquiatra empezó a disminuir y en algunos casos a suprimir el uso de medicamentos en ciertos pacientes. La gravedad de las enfermedades de algunos reclusos imposibilitaba la rehabilitación como ciudadanos normales pero su «habilitación» como artistas era posible. Estos intentos desembocan en la creación en el año 1981 de la Casa de los Artistas, con numerosas exposiciones públicas, ventas de obras de los artistas, cuentas bancarias separadas para cada artista, todo parte de un proceso de habilitación y facilitando la expresión artística. La posición de Navratil se distingue en esto de la posición antipsiquiátrica radical de Dubuffet: Navratil entiende el paciente-artista como un talentoso psicótico, no como productor de arte desconectado de enfermedad.



Ilustración 24: «La casa de los Artistas» en María Gugging (Austria).

«[En los años 50] surgieron preguntas como: ¿el arte es arte cuando no se hace con el objetivo de hacer arte? ¿O el arte necesita un cierto contexto

¹⁰² Navratil en una conversación citado por Mark Gisbourne en: «Playing Tennis with the King. Visionary Art in Central Europe» (1992), en: **Parallel Visions**, Princeton, (p. 180).

«intencionado» para poder llamarse arte? Preguntas que para algunos hasta hoy todavía no están claras. Sobre todo para aquellos que no pueden aceptar la mirada freudiana en el inconsciente (ya tiene cien años), que no pueden aceptar que todos los artistas están influenciados fuertemente por el inconsciente que su parte consciente en la producción artística es nada más que una bagatela y en la mayoría de los casos no tiene nada que ver con el arte. En los años cincuenta, el de la revolución artística después de la segunda guerra mundial, trajo también para Austria innovaciones e influencias de diferentes tipos. Así en este tiempo fue posible que un psiquiatra, Leo Navratil, tropezara a través de un interés primordialmente científico, con el fenómeno de la creación artística libre. Lo descubrió en los marginados de la sociedad, en los «pacientes» de la psiquiatría (la palabra paciente es en este caso un estigma, un no—estatus social y también el sinónimo de imposibilidad de rendimiento). Leo Navratil reconoció capacidades desconocidas en las personas que estaban a su cuidado, le interesaba observar los logros especiales de estas personas y fomentarlos. De este modo fue posible que cerca de Viena se creara una célula de *art brut* que se ha conservado hasta hoy».¹⁰³

En muchos años de trabajo Navratil conoció y dio a conocer a los artistas del círculo de Gugging. Se organizaron exposiciones en galerías privadas, en museos públicos y hoy los artistas de Gugging gozan de fama en los círculos artísticos y viajan a inauguraciones de sus exposiciones a Nueva York, Berlín, París o Helsinki. Para el éxito del proyecto fue importante la colaboración y el interés de diferentes artistas austríacos «oficiales» como Arnulf Rainer, Adolf Frohner, Peter Pongratz o Franz Ringel. Sobre todo los trabajos de Rainer han mostrado siempre una profunda afinidad con el arte psicótico que le llevó incluso a colaborar con el artista de Gugging, Johann Fischer. En 1986 Leo Navratil se retiró de Gugging dejando la Casa de los Artistas en manos del doctor Johann Feilacher quien prosigue el trabajo de su predecesor con algunos matices distintos. Cree que sus pacientes son artistas con talento por derecho propio y no necesariamente como síntoma de su enfermedad. Varios de los residentes de la *Haus der Künstler* se han hecho figuras muy conocidas cuyos trabajos

¹⁰³ FEILACHER, Johann, (1993), ***Gugging, Die Künstler aus Gugging***, «Introducción», Maria Gugging, (sin paginación).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

pueden alcanzar precios altísimos, y los artistas de Gugging están ahora representados en todas las importantes colecciones de *art brut*. Algunos de los nombres de los artistas de Gugging son August Walla, Johann Fischer, Johann Hauser, Oswald Tschirtner o Johann Garber.



Ilustración 25: El interior de la Casa de los Artistas.

La experiencia de Gugging se distingue de otras realizadas en diferentes clínicas europeas que han enfocado su labor creativa sobre el arte terapia

(hospitales en Inglaterra, Holanda, Suiza) en el sentido que la Casa de los Artistas de Gugging no es ningún taller dirigido por un arte terapeuta, es una institución que permite a sus residentes que se expresen libremente con los medios que quieren. Esta libertad se deja notar claramente en los resultados con una gran variedad de estilos, técnicas, materiales y temáticas. Arte terapia es en el fondo un término equivocado, dice el doctor Johann Feilacher de la Clínica de Gugging: «Arte es un término que no tiene nada que ver con terapia, tendría que sustituirse en realidad por creación. En el fondo se trata en ello de que a través del nivel de las imágenes, más profundo que el de las palabras, tendrían que librarse conflictos inconscientes que se reconocen con la ayuda del terapeuta y se tratan. La «creación» y no el «arte» del cliente es importante en ello. Creo que esta forma de terapia es muy importante porque amplía el espectro de las posibilidades. Obras que se hacen en sesiones de este tipo son como un protocolo grabado de un psicoanálisis y no deberían ser publicadas ya que son la esfera privada del cliente.

En la Casa de los Artistas en Gugging las obras surgen bajo un punto de vista completamente diferente: lo que pasa aquí no tiene nada que ver con terapia de este tipo. La casa es un taller y el hábitat de personas, que sí tienen diferentes problemas psiquiátricos, cuyas obras sin embargo se producen en el ejercicio de una profesión. Las diferencias con los demás artistas, de los cuales muchos necesitan diferentes apoyos como los artistas de Gugging, no parece importante en lo que concierne a sus rendimientos artísticos. 'Arte relacionado al estado' (Navratil) es un término cierto; pero cuando contemplamos a todos los artistas y reconocemos que en el fondo todos crean sus obras importantes y nuevas en un 'estado de conciencia cambiado' (Navratil), entonces esto relativiza este término. También ya se le ha utilizado como sinónimo para *art brut* lo que bajo el punto de vista mencionado ya no es correcto». ¹⁰⁴ Feilacher es por tanto más un seguidor de las teorías de Dubuffet que dice que no existe ningún arte psicopatológico. El joven psiquiatra de Gugging dice claramente que se puede hablar tan poco de un arte psicopatológico como sólo en el Tercer Reich existía un arte «sano» y otro «enfermo». Sus argumentos también salen de los experimentos que habían hecho algunos artistas (no de *art brut*) con drogas

¹⁰⁴ Ibid. en el artículo «Art Brut, Vorurteil und Psychose».

alucinógenas para entrar en una psicosis artificial para producir obras psicodélicas. Feilacher es de la opinión que no se puede constatar ningún aumento de calidad en comparación con su trabajo normal. Desde luego las pinturas o creaciones hechas en un estado psicótico son diferentes, quizás más interesantes que los dibujos de un aficionado en estado normal, pero si se observa muchas obras de personas psicóticas las características especiales se hacen frecuentes y hasta normales. El término «arte» implica para Feilacher lo nuevo, lo nunca visto, la invención, por tanto la denominación artístico no se puede aplicar a las obras de los psicóticos «normales». Sin embargo en este grupo de psicóticos puede haber personas con un talento especial, con capacidad de crear algo nuevo, de desarrollar un estilo personal que no se deja catalogar y estamos por tanto delante de un artista a secas. Los artistas del *art brut* forman para Feilacher parte del grupo de los grandes artistas de este mundo que han creado algo nuevo que ha ampliado nuestra cultura, «como Durero, Miguel Ángel, Renoir, Picasso, Miró o Tapiès para nombrar sólo algunos. Sus nombres son Wölfli, Soutter, Aloïse, Nedjar, Hauser, Tschirtner, Walla y otros más».¹⁰⁵

Arnulf Rainer, el artista austríaco que ha experimentado mucho con el inconsciente en la producción artística, confirma lo que dice Feilacher. En un artículo sobre sus «Dibujos a ciegas» cuenta una experiencia con drogas psicóticas: «En aquella época también experimenté con drogas y una vez me dediqué a la producción pura, es decir, completamente a ciegas. Madrugué, bebí y quise esperar una o dos horas. Pero ya al cabo de 10 minutos caí en un terrible delirio que duró horas; sin embargo mantuve la fuerza de voluntad necesaria para entregarme con toda la energía a un ataque de furia sobre la mesa de dibujo, como me lo había propuesto. Un ansia de dibujar maniática asombrosa se apoderó de mí durante todo el día. A cada momento los ayudantes tenían que traer papel nuevo. Garabateé cientos de folios pero siempre lo mismo, una flor que se abría y que yo vivía como una especie de nacimiento. Mantuviera los ojos cerrados o abiertos (ya no miraba) siempre se formaba la misma figura. No conseguí otra gesticulación de líneas. Había caído en un estereotipo obsesionado.

¹⁰⁵ Ibid. «Art Brut, Vorurteil und Psychose».

El día siguiente tuve que romper casi todos estos dibujos. No me parecían lo suficientemente buenos, pero entonces supe que un trabajo más lento y sobrio quizá produjera mejores resultados. Me propuse no volver a tomar una dosis tan fuerte del 'filtro pictórico' para no caer en la obsesión de la repetición». ¹⁰⁶

Lo más importante de la Casa de los Artistas de Gugging está sin embargo más allá de la polémica sobre si la producción artística es el resultado de la psicosis o no. La labor de Navratil es de una grandísima importancia para la producción de arte en los hospitales psiquiátricos y el arte brut actual. A pesar de que la labor del psiquiatra austríaco se había ignorado durante bastante tiempo en el mundo psiquiátrico, los artistas de Gugging alcanzaron fama internacional como los maestros esquizofrénicos y en 1990 recibieron incluso el prestigioso premio de arte austríaco *Oskar Kokoschka*.

«Aunque las reacciones a los pintores de Gugging provienen sobre todo del mundo artístico, también en el ámbito psiquiátrico ha habido algunos intentos de emular el éxito. En Florencia el Hospital Tinaia ha hecho grandes esfuerzos para animar a algunos de sus pacientes de expresarse libremente en una pequeña comunidad artística y también en Alemania el Alexianer Krankenhaus cerca de Münster ha probado que sus pacientes talentosos pueden producir trabajos de gran originalidad». ¹⁰⁷

¹⁰⁶ RAINER, Arnulf, (1996), «Dibujos a ciegas» en **Campus Stellae**, Santiago de Compostela, CGAC, (p. 83).

¹⁰⁷ MAIZELS, John, (1996), **Raw Creation, Outsider Art and beyond**, Londres, Phaidon, (p. 94).

4.4 La Casa de los Artistas de Gugging en la actualidad

Con la fundación de esta casa en el año 1981 se dio un paso hacia la integración social de los pacientes con talento artístico, de repente tenían la libertad de crear en los horarios que sólo ellos mismos se marcaban. La integración social pasó sin duda por el reconocimiento público de su arte, para lo cual había aportado muchísimo anteriormente Leo Navratil. Este modelo, con algunos cambios, sigue siendo hoy en día algo de lo más innovador dentro de la psiquiatría, trata de dar al paciente otro valor, considerándolo como elemento de la sociedad con todos los derechos. Los artistas de Gugging pintan, van a exposiciones a museos y galerías en todo el mundo donde se venden sus cuadros, ganan dinero. Algunos de los habitantes de la Casa de los Artistas de Gugging ganan como otros artistas normales: Una obra de August Walla u Oswald Tschirtner puede llegar a costar dos o tres millones de pesetas.

Para conocer el funcionamiento de la Casa de los Artistas de Gugging se entró en contacto con el doctor Johann Feilacher que como sucesor de Navratil es hoy en día el responsable del proyecto innovador. Feilacher nos invitó a pasar un rato con él y cuando llegamos a la clínica en medio del *Wienerwald*, la región boscosa de Viena, lo encontramos en la galería donde cualquier persona interesada puede contemplar y adquirir obras de los artistas de Gugging.

Como explicaba Feilacher, la galería es la adquisición más reciente de la Casa de los Artistas, anteriormente había servido de pabellón para pacientes con minusvalías psíquicas y físicas de la clínica psiquiátrica. Hoy la Casa de los Artistas se ha convertido en una fundación que ya no depende del hospital, aunque todavía se encuentra en lo alto del terreno que ocupan los diferentes pabellones de la clínica psiquiátrica. En Austria la psiquiatría se encuentra en un proceso de transformación, y dentro de pocos años el hospital dejará de existir como tal, los pacientes deberán ser internados en departamentos especiales de los hospitales «normales» y aquellos que pasan toda la vida en una clínica psiquiátrica deberían ser cada vez menos.

Después de conocer a la mayoría de los habitantes de la Casa de los Artistas e incluso haber podido entrar en las habitaciones de August Walla, que por su riquísima decoración ha recibido el sobrenombre de «Capilla Sixtina», y

de Johann Garber, que a su vez ha colgado cientos de dibujos enmarcados en las paredes, conversamos con Johann Feilacher sobre Gugging, arte terapia y la importancia del reconocimiento social. De vez en cuando uno de los pintores aparecía en la cocina donde estábamos sentados, se sentaba un rato con nosotros, preguntaba de dónde éramos y pedía un cigarrillo o un café.

Feilacher se ve simplemente como un amigo de los artistas de Gugging y está convencido que lo que se hace en la Casa de los Artistas no es ni arte terapia, ni tampoco terapia ocupacional. Para él el valor de la producción artística de sus protegidos está en el reconocimiento social.

4.4.1 Entrevista a Johann Feilacher, director de la Casa de los Artistas (Gugging)

—(Feilacher) Ellos están reconocidos como importantes pintores en todo el mundo. Viajan a inauguraciones, venden cuadros, ganan dinero. Para ellos como para ustedes una importante parte del reconocimiento social consiste en la remuneración.«

—*¿Usted les da consejos, les enseña cosas sobre arte?*

—No. Lo que hacen ellos, se llama «art brut». No me gusta el término «outsider art» porque abarca un poco todo mientras que «art brut» es mucho más especial. Es un tipo de arte que no está influenciado por el arte. Esto es lo más importante. Por esto la gente, que no tiene ninguna relación con el negocio del arte, no tiene ningún interés en copiar cosas. Sobre todo en los Estados Unidos lo que llaman «outsider art» es en muchos casos un montón de basura. Aquí tenemos gente que es más o menos autodidacta, eso quiere decir que todo lo que hacen lo han aprendido solos. El único punto donde yo influyo es que les pongo a disposición buenos materiales. Porque lo que utilizaban antes no se podía exponer sin un tratamiento de restauración. Eran materiales pésimos, papel barato. Ahora reciben sólo lo mejor. Las mejores pinturas, cualquier material que ellos quieren se lo consigo. También cuando hacemos grabados, es para ellos como pintura. Les doy una placa preparada y pueden coger la punta como si fuera un pincel. No se hace ningún cambio, un dibujo y el grabado está hecho. Esto es.

Siempre tengo cuidado de que no estén influenciados por nada. A veces hay gente que quiere venir aquí para enseñar algo. Pero esto no funciona. No se puede enseñarles nada. Ellos nos enseñan.

—*¿Tampoco les enseña técnicas?*

—No, ellos hacen su propia técnica. La técnica viene después. Primero hay que sentirse libre para hacer algo.

—*Pero a lo mejor pueden preguntarle algo. ¿Por ejemplo cómo mezclar los colores?*

—Allí no hay ningún problema. Yo se lo enseño. Pero normalmente no vienen a preguntarme nada. No preguntan, simplemente lo hacen. Y a veces no sale bien. Por ejemplo August Walla pintó los muros de su habitación y mezcló sus propias pinturas. Medio año más tarde se desconchó todo. Había

mezclado vinagre y flujos humanos. Pero es su manera de hacerlo. Pero normalmente trabajan con pintura acrílica.

—*¿Ellos toman medicamentos?*

—Sí, ellos reciben sus fármacos. Es individual... Lo que necesiten.

—*¿Y ven a otro médico?*

—No, el tratamiento psiquiátrico lo hago yo mismo. Si necesitan otro médico, van y lo ven. Pero los psicofármacos los prescribo yo, soy psiquiatra.

—*Pero usted prefiere llamarse artista.*

—Sí, soy psiquiatra en el tiempo libre...

—*¿Cuando trabajan, lo hacen con medicamentos o sin?*

—Puede preguntarles...

—*¿Se ve alguna influencia si trabajan con medicamentos o no?*

—Si usted vive cinco días con ellos y al final se da cuenta quién toma drogas y quién no, entonces yo he hecho algo mal con la medicación. Cualquier enfermedad mental es como cualquier otra enfermedad. A veces la comparo con diabetes. Es decir hay que respetar ciertas reglas y tomar medicamentos de vez en cuando. Si se hace correctamente, se puede vivir más o menos como cualquier otra persona normal. Es lo mismo con una enfermedad mental. Como todavía no sabemos mucho sobre las enfermedades mentales, en fin, no sabemos nada sobre las causas, los orígenes, así que sólo podemos tratar los síntomas. Si sabes cómo funcionan los medicamentos, puedes adaptarlos a cualquiera de ellos y lo haces para ayudarles. Resumiendo hay que saber algo sobre los medicamentos y sobre las personas a tratar, así se puede combinar. Y hay que hacerlo muy despacio. Un problema de la psiquiatría es que la sociedad quiere que todo vaya rápido. También los pacientes lo quieren todo rápido. Lo más importante es que el psiquiatra tenga una buena relación con sus pacientes y que les diga que nada va rápido. Es esto. Nada. Si te dan un año está bien. Y funciona. Desde 1985 no hemos tenido ningún caso agudo en la Casa de los Artistas.

—*Porque usted, pienso, tiene una relación muy especial con ellos...*

—No...

—*Me parece que no es lo mismo ver al doctor una vez por semana que...*

—Yo creo que es lo mismo.

—*En el hospital donde he estado he visto que no es lo mismo si tienen la oportunidad de charlar un rato con el doctor o si se trata sólo de una consulta corta y el doctor les dice que tienen este o el otro tipo de enfermedad...*

—Sí, allí está la calidad de la psiquiatría. A veces no hace falta mucho tiempo pero otras sí. Tú tienes que decidir el tiempo que hace falta. Es una cosa de la complicidad entre el doctor y el paciente. Es decir el paciente cree que lo que el doctor decide está bien y sabe lo que hace y el paciente cree que el doctor lo conoce muy bien. Creo que ser psiquiatra es sobre todo tener talento para esto. Y hay tantos psiquiatras que no tienen ni idea. Pero hay algunos que son realmente buenos. Pero lo que hace que sean buenos no se puede resumir en números, ni escribir. Por ejemplo el caso de Benedetti que escribe tantas cosas, tantos libros sobre el análisis de pacientes. Todo esto es basura. Lo importante es que él tiene un talento especial. Cuando está a tu lado, te sientes aceptado sin que hable ninguna palabra. Y este sentimiento que transmite al paciente es su éxito. Pero no puede escribir sobre ello, es un sentimiento. Escribe sobre su técnica pero es charlatanería, no es la técnica. Lo mismo pasa con Rogers. Era una persona fantástica. Pero la gente que trabaja con la técnica de Rogers, no lo consigue. Hay diferentes niveles. No hace falta mucho tiempo para conocer a un paciente. Diez segundos. Si uno viene, se sienta en la mesa y no sabes ya la mitad de su vida, no estás en el sitio equivocado. Es muy fácil obtener esta complicidad. Si está contando su historia y al cabo de unos minutos le adelantas algo de su historia, ve que todo está bien.

—*¿Todos ellos estaban aquí antes de llegar usted o hay nuevos habitantes?*

—Hay algunos que ya estaban antes y otros que son nuevos. Hay algunos cambios pero no son frecuentes. Algunos están aquí desde el principio de la Casa de los Artistas como Fischer o Tschirtner que tienen ahora ochenta años.

—*¿De dónde provienen? ¿De otros hospitales o sólo de Maria Gugging?*

—Depende. La mayoría viene de este hospital. Pero ahora las cosas están cambiando. En pocos años este hospital dejará de existir. Todo el sistema psiquiátrico en la Baja Austria está cambiando. Entonces los hospitales generales tendrán un departamento de psiquiatría y en toda la Baja Austria

habrá doce hospitales y ahora hay dos hospitales grandes en total. Es un cambio bueno para la psiquiatría.

—*¿Pero los médicos mandan a la gente aquí?*

—No. Lo más frecuente es que pregunten ellos mismos o alguien de la familia. Pero es muy difícil encontrar a gente con talento. La mayoría de los que vienen traídos aquí, tienen un simple talento para dibujar, como cualquiera que habría estado en una academia. Pero no estamos interesados en esto. No en el dibujo que se enseña en las escuelas. Lo que buscamos es talento para hablar con un lenguaje propio. Y esto se ve en seguida. Pero el entorno de esta gente no se da cuenta y de este modo muchas obras buenas van a la basura. Porque el conocimiento de arte de la mayoría de la gente es de finales del siglo XIX, no es contemporáneo.

—*¿Considera que la producción de arte, el hacer arte de estas personas es un tipo de terapia o no?*

—No.

—*¿Pero les ayuda a estar mejor o hay sólo una función social?*

—Pienso que es una función social. El arte por sí mismo no ayuda nada. Esta es mi opinión. No es el arte que te hace sentirte mejor. Es el éxito que te hace sentirte mejor. Si haces muebles o ropa y tienes éxito, te producirá placer.

—*¿Tampoco el proceso de hacerlo se podría considerar un tipo de terapia?*

—No.

—*¿Tampoco la facultad de expresarse?*

—No. Eso es lo que todos hacemos. Todos contamos, nos expresamos. Y nosotros decidimos lo que está bien y lo que está mal. Ellos no tienen tantas oportunidades para obtener estos resultados, para volver su vida más fácil, para tener éxito. Nosotros podemos ayudarles para encontrar dónde están sus talentos y dónde pueden obtener los resultados de su talento. Es más bien el resultado de la ayuda. Por ejemplo puede que el resultado les permita luego tomar un café. Por el otro lado es hacer arte. Ambas cosas son importantes para ellos. Es más o menos la vida normal. La vida normal es lo que ellos no tienen. Es decir tener una función, tener un lugar a donde ir, la posibilidad de invitar a otra gente, por ejemplo.

—*También están trabajando con artistas que vienen de fuera. Estoy pensando en un proyecto de colaboración con Arnulf Rainer.*

—Normalmente ya no hacemos proyectos de éstos porque el éxito y el provecho suele ser sobre todo para los que vienen de fuera. Los proyectos llevan su nombre y no el de los artistas nuestros. Lo de Rainer fue una excepción. Es el artista contemporáneo más famoso de Austria y él es famoso por sus sobrepinturas. Y también es un mecenas importante, ha comprado muchas obras de nuestros artistas. Tiene una gran colección de este tipo de arte y no sólo quiere hacer negocio. Yo controlaba todo el proyecto, esto significaba que Rainer nos daba obras impresas y nosotros a él también. Una condición era que todo lo que se hacía tendría que estar en la exposición. No quería mostrar sólo lo que él quería. Todas las obras del proyecto estaban allí y se podía ver lo bueno que era Rainer y lo buenos que eran nuestros artistas. Había algunos Rainers buenos, cuatro o seis. En total había unos sesenta dibujos. Estos contactos tienen que hacerse con mucho cuidado. Muchas veces vienen artistas para aprovecharse del renombre internacional y de la función social para sus intereses particulares. Hay otras instituciones que no tienen el nombre de Gugging y no tienen la posibilidad de transmitir tanto provecho. Así los artistas vienen aquí. La posición aquí no es fácil. A mí me gusta controlarlo todo. Es necesario. Es muy fácil destruir un proyecto como éste. Pero creo que el sistema está bien. Pero es muy difícil encontrar a personal bueno.

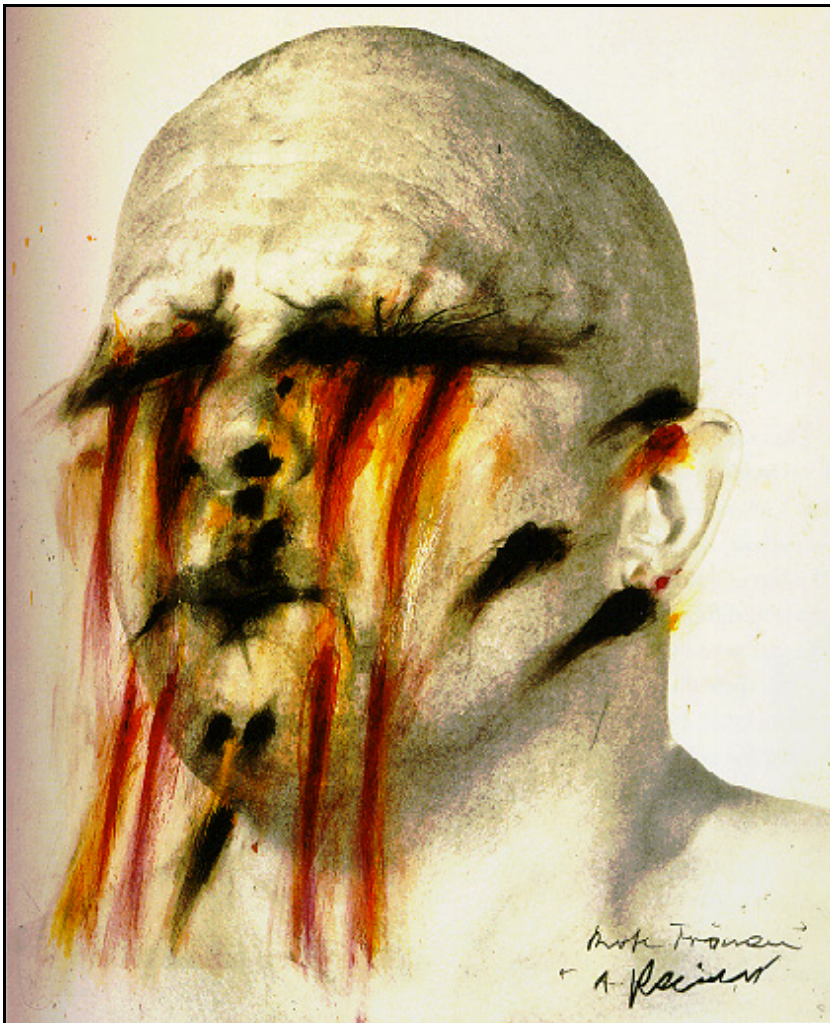


Ilustración 26: Arnulf Rainer, «Rote Tränen», (Lágrimas rojas).

—Otra pregunta sobre Rainer: ¿Qué piensa de sus experiencias con drogas? ¿De su arte psicodélico?

—Rainer lo ha intentado todo. Simplemente estaba experimentando. Con drogas, con monos, con todo. Es sólo una de las experiencias. Fue también la época de los finales de los sesenta, principios de los setenta. Lo intentó con varias drogas con alcohol, mezcalina y otras drogas alucinógenas. Pero los resultados demuestran que las drogas no ayudan a hacer arte. La creatividad no se vuelve más grande con las drogas. Puedes cambiar el motor. Puedes tomar una droga que hace correr tu cerebro, pero no te vuelve más creativo, sólo más rápido.

—Rainer tampoco estaba muy contento con sus experiencias...

—Sí, le gustaba. Había sido su idea. Pero yo encontré una manera para sacar lo mejor para nosotros también. Una vez que vino aquí quiso dibujar con Hauser pero a Hauser no le gustaba la idea. Al final surgió una relación muy buena con Koller y fue una cosa muy provechosa. Pero la regla era que la obra se quedaba aquí en la casa. Hay que hacer notar que Rainer es un artista realmente bueno pero por el otro lado también es un hombre de negocios. Haría todo para vender más. Pero es un buen contacto.

—*También lo de las drogas era puro negocio...*

—Sí, y cuando ves las películas con Rainer en las que coge un pincel y corre hacia la tela como un obseso, sabes que es todo teatro. Si conoces a Rainer, sabes que es más bien un tipo que parece estar contando dinero todo el santo día. Es un hombre que se controla mucho. Nunca haría eso, sólo para la televisión. Pero Rainer piensa mucho y trabaja muchísimo. Es lo que cuenta a sus alumnos: Un pintor tiene que hacer tres cosas para hacerse artista. La primera es trabajar, la segunda es trabajar y la tercera es trabajar. Y tiene razón. No tiene que ver con instituciones o academias. Puede trabajar en una academia también pero no es necesario.

4.4.2 Maestro y discípulo díscolo

Cuando volvimos a pasearnos por los pasillos y las instalaciones comunes de la Casa de los Artistas, que ya sólo por su estructura recuerda a un ambiente psiquiátrico, ya que sus puertas están abiertas y los habitantes tienen la libertad de marcharse cuándo y a dónde quieren, Feilacher nos habló de su relación con el doctor Leo Navratil, autor de un libro fundamental sobre el arte de los enfermos mentales: ***Zwischen Wahn und Wirklichkeit*** (Entre locura y realidad). Feilacher había sido discípulo de Navratil pero después de jubilarse el maestro desarrolló un modelo propio que en algunos puntos se diferencia claramente de la idea original. Si en tiempos de Navratil Gugging era considerado un centro de arte terapia hoy la Casa de los Artistas es un hogar común donde se aloja lo normal (humano) con lo especial (lo artístico), dijo Feilacher en una conferencia en 1994.¹⁰⁸ Esto no quiere decir que Feilacher esté en contra de la arte terapia, pero para él es importante no confundir las cosas: Lo que hoy se hace en Gugging es producción artística y no tiene nada que ver con terapia. Esto son dos cosas completamente diferentes. Una arte terapia o terapia Gestalt¹⁰⁹ tiene que desarrollarse en un ambiente claramente psicoterapéutico...¹¹⁰ Esta forma de terapia es importante para Feilacher porque amplía el espectro de las posibilidades. Las obras, sin embargo, que surgen de este tipo de sesiones, son como protocolos grabados con magnetófono de un psicoanálisis y no se deberían publicar porque pertenecen al ámbito privado del cliente... En la Casa de los Artistas en Gugging las obras se realizan bajo un aspecto completamente diferente. Lo que acontece aquí no tiene nada que ver con terapias de ese tipo...¹¹¹ Ninguna de las obras de Gugging sale de sesiones de arte terapia y a pesar de ello nos dan informaciones en cantidad sobre la personalidad de sus creadores. Pintar y dibujar es para muchos artistas un medio de comunicación para expresar lo que no pueden decir con palabras.

¹⁰⁸ JÄGERS, Achim, (1998), ***Von Gugging Aus...***, Innsbruck, VIP, (p. 24).

¹⁰⁹ «Gestalt» es creación o forma en alemán. El término terapia gestáltica que se ha llegado a usar en español es una traducción malograda, ya que el término terapia creativa sería mucho más apropiado y correspondería a los Gestaltungstherapie o Gestaltherapie en alemán.

¹¹⁰ JÄGERS, Achim, ***Von Gugging Aus...***, ob. cit., (p. 24).

¹¹¹ FEILACHER, Johann, (1993), *** ***von Gugging***, catálogo de exposición, Weimar, sin paginación.

El asistente social Achim JÄGERS resume en su libro sobre Gugging lo más importante del modelo Künstlerhaus: «En Gugging el ser humano está en el primer plano. Cada uno es así como es; ha evolucionado en el curso de los años. El trato con los artistas, el apoyo, la libertad y la estructura en la que viven, se orienta en sus personalidades, los recursos de cada uno de ellos y no en el cuadro patológico. Antes llegaban con enfermedades a la clínica que hoy en día ya no harían necesario su internamiento por decenas de años. Pero entonces uno entraba en la maquinaria de la clínica: Marginación, *electroshocks*, neurolépticos sobredosificados etc. Lo que han vivido los pacientes de tiempos, hoy es casi inimaginable».¹¹² A pesar de esto se oyen críticas hacia la institución Künstlerhaus: La combinación vendedor/comprador, productor/receptor/paciente es problemática y un blanco fácil para los enemigos. Algunas críticas se ceban en una contradicción del propio Navratil, el psiquiatra afirmaba en el mismo sentido de Dubuffet que las obras de los artistas de Gugging son la prueba viva de que no se podía hablar de un arte enfermo. Al mismo tiempo declaraba que en su producción se trataba de un proceso terapéutico, Navratil escribe: «La calidad artística de los trabajos de nuestros paciente está relacionada con sus trastornos psicóticos y esto de la siguiente manera: La calidad de los trabajos disminuye o desaparece completamente si en el paciente se cura o por lo menos se mejora sensiblemente su estado».¹¹³

Peter GORSEN critica en una publicación de la HdK Berlín los métodos de Navratil. Para él la autenticidad desaparece en el mismo momento en el que las obras de Gugging son expuestas. También critica que las obras son el resultado de procesos terapéuticos y eso pone, según Gorsen, en entredicho su legitimación artística y su autenticidad.¹¹⁴

Con el nuevo modelo de Feilacher, que separa estrictamente terapia y producción artística, estas críticas ya no se justifican, pero sigue habiendo personas que no están de acuerdo con los métodos de la Casa de los Artistas. Feilacher la ha separado completamente de la clínica psiquiátrica, la financiación

¹¹² JÄGERS, Achim, *Von Gugging Aus...*, ob. cit., (p. 54).

¹¹³ NAVRATIL, Leo, (1993), *Die Künstler aus Gugging*, Viena, (p. 21).

¹¹⁴ GORSEN, Peter, (1984) «Kunstpsychotherapie» en: *Kunst-Therapie* (eds. H. Hartwig, K.H. Menzen), Berlín, (pp. 129-151).

se realiza a través de una asociación y una sociedad que explota los derechos de autor de los artistas; esta sociedad es dirigida por el mismo Feilacher y cobra un 30 por ciento de derechos en la venta de las obras. Mientras la *Asociación de Amigos de la Casa de los Artistas de Gugging* tiene sobre todo el objetivo de fomentar a los artistas de manera ideológica y material, la sociedad financia la casa, los talleres, el material o los viajes de los artistas a inauguraciones de exposiciones, se encarga por ejemplo también de los artistas que por una crisis creativa larga no ganan el dinero suficiente para sobrevivir.

La visita a Gugging y el encuentro con los habitantes de la Casa de los Artistas y la charla tendida con Johann Feilacher han sido la mejor manera para salir de dudas. Gugging merece la fama mundial que tiene, además, allí están los resultados: exposiciones en Finlandia, Austria, Alemania, Suiza, Nueva York, Suecia u Holanda son estaciones en un camino de éxito del modelo de Gugging.

4.5 Algunos artistas de Gugging¹¹⁵

4.5.1 Johann Fischer



Ilustración 27: Colaboración entre Arnulf Rainer y Johann Fischer, «Auf gerade gegeben», 1994.

Johann Fischer pinta desde 1981 mostrando un desarrollo constante durante estos años. Sus trabajos, que muestran objetos aislados, animales y sólo más tarde personas, han evolucionado hasta imágenes complejas que están combinados con textos. Al principio el artista sólo utilizaba lápiz negro o bolígrafo pero durante un tiempo también utilizó lápices de colores.

A Johann Fischer le gusta contar historias, en estas narraciones que él traduce, en el sentido más literal de la palabra, sobre el papel, se mezclan

¹¹⁵ FEILACHER, Johann, (1993), *Gugging, Die Künstler aus Gugging*,

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

realidad e imaginación. En esta combinación de palabras e imágenes el artista asume un riesgo inusitado, posiciona las palabras entre las imágenes para dar a ambos elementos la misma importancia significativa.

En cada una de sus ilustraciones, Johann Fischer no sólo demuestra un audaz sentido de la percepción, también presenta un gran número de pensamientos y observaciones para hacer una declaración general. La consistencia de las visiones de Fischer libera estas generalizaciones del azar.

Crea potentes dibujos y con sus propias imágenes claras y con una paleta reducida Fischer aspira a una visión autónoma.

4.5.2 Johann Hauser



Ilustración 28: Johann Hauser, «Nackte Frau mit Sternen» (Mujer desnuda con estrellas). Lápices de color.

Johann Hauser nace en 1926 en Bratislava (Eslovaquia) y empieza a dibujar en los cincuenta. Entre tanto se ha convertido en el más famoso de los artistas de Gugging.

Trabaja con lápiz negro y con lápices de color, también hace grabados, su tema principal es la forma femenina aunque también utiliza otros objetos como aeroplanos o cohetes como motivos. Johann Hauser creó la «estrella azul» que se ha convertido en el símbolo de la Casa de los Artistas de Gugging. La fascinación de su trabajo consiste en su originalidad e ingenio. Hauser crea su propio mundo en sus cuadros cuyo único límite es su imaginación, esto se puede ejemplificar mejor con sus cuadros de mujeres con los que se ha hecho famoso. Estas mujeres adoptan el carácter de terribles demonios, la naturaleza demoníaca de estos trabajos se ve reforzada por la reproducción de órganos sexuales femeninos brutalmente expuestos así, como por la manera de retratar los rostros. Estas formas femeninas recuerdan las

representaciones primitivas, aunque no choquen al espectador, causan al menos un sentimiento de malestar.

Las líneas fuertes y dinámicas dan a los trabajos un carácter expresivo, el lápiz se aplica con gran fuerza y presión y los colores son tan densos que los dibujos parecen pinturas. Johann Hauser es un genio de la expresión, sus cuadros simplemente no pueden ser ignorados por el espectador.

«Muestra dos estilos netamente distintos en los periodos de manía crea imágenes coloristas y vistosas, de contenido muy variado [...] En los periodos de depresión crea imágenes geométricas y minimalistas», escribe Barbara FREEMAN del *Los Angeles County Museum of Art*.¹¹⁶

Hauser murió hace poco tiempo.

¹¹⁶ FREEMAN, Barbara, (1992), «Biographies of Outsider Artist», en: ***Parallel Visions***, Princeton, L.A. County Museum & Princeton University Press, (p. 29).

4.5.3 Johann Korec



Ilustración 29: Johann Korec, «Es war ein Sonntag...» (Era un domingo...).

Johann Korec hace dibujos donde pone el énfasis sobre el color. Sus trabajos suelen adaptarse a la misma estructura: hay una ilustración en la parte superior del cuadro y en la inferior un texto, de esta manera Korec proyecta experiencias de su propia vida.

Normalmente se trata de escenas amorosas de fuerte contenido erótico y sexual, las parejas pintadas son planas, no hacen ninguna concesión al

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

ilusionismo. El texto que utiliza el artista sirve para darle autenticidad a la escena representada, suele citar fechas, los nombres de las amantes y el nombre del propio artista que suele participar en estas hazañas amorosas.

Korec trabaja sobre papel blanco o de color, dibuja primero los contornos de las figuras, escribe el texto y cubre todo con acuarela opaca. Los colores usados pueden fundirse con el dibujo o separarse claramente dando lugar a un expresionismo colorista interesante.

Johann Korec trabaja casi exclusivamente el formato pequeño. Sus obras causan la impresión de ser hojas de un diario ilustrado. Todos sus trabajos se basan sobre dos factores determinantes: intimidad y al mismo tiempo fuerza de expresión.

4.5.4 Arnold Schmidt



Ilustración 30: Arnold Schmidt, «Zwei Figuren» (Dos figuras).

Arnold Schmidt es el más joven de los artistas de Gugging y se ha hecho famoso por sus representaciones de figuras y caras humanas. Dibuja y pinta, trabaja muy rápido, utilizando carboncillo, lápices de colores, crayones y acuarela en técnicas mixtas, con la misma rapidez cubre grandes lienzos con pintura acrílica.

La figura que define al principio con diferentes líneas se ve luego sujeta a transformaciones extremas este cambio continuo hace que los trabajos de Schmidt sean extremadamente interesantes. Se siente la facilidad con la que el artista maneja ambas cosas: color y línea, la dinámica que le da la línea central a los cuadros es característica de la obra que también se distingue por la elección de unos tonos «amables».

4.5.5 Oswald Tschirtner

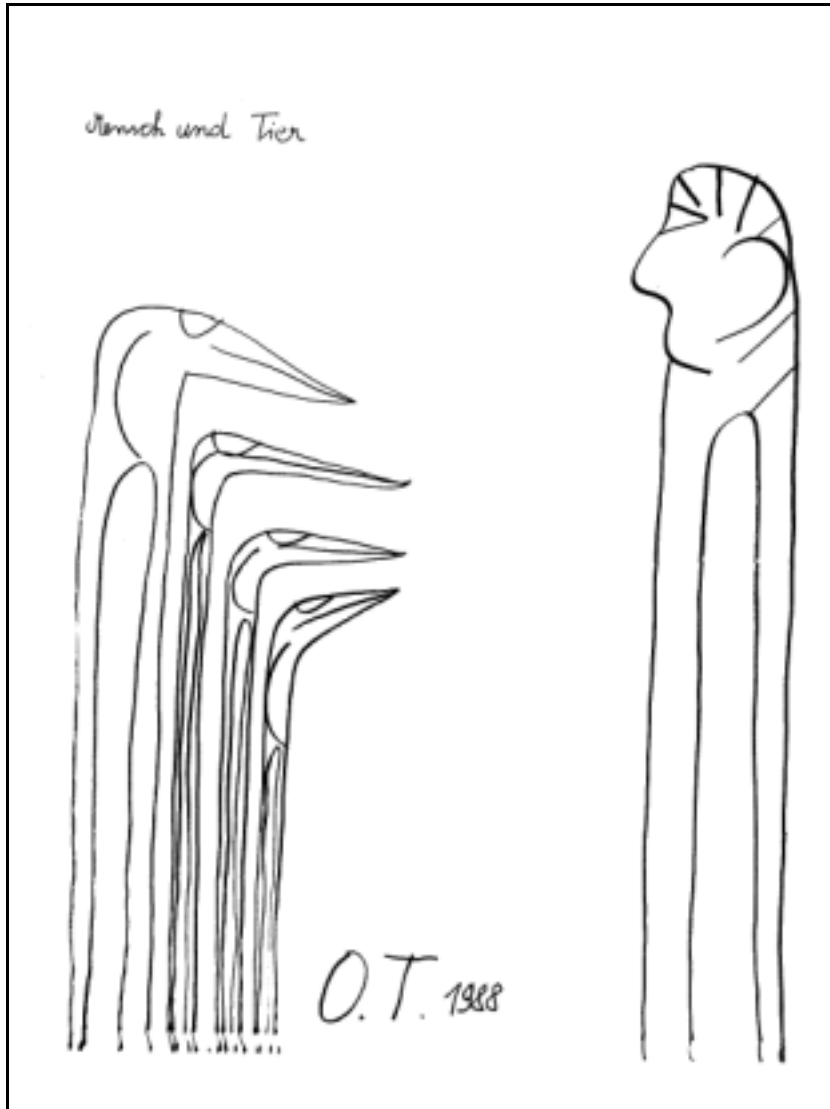


Ilustración 31: Oswald Tschirtner, «Mensch und Tier» (Hombre y animal).¹¹⁷

La línea clara es la característica más importante de la obra de Oswald Tschirtner. Casi nunca utiliza colores, el contraste entre la tinta china negra y el trazo del *Edding* sobre la superficie blanca del papel o del lienzo es esencial para su obra.

El artista es muy escueto, contesta a las preguntas con pocas palabras. Consigue con pocos movimientos de pluma sobre el fondo blanco representar

¹¹⁷ VV.AA., (2000), **Carom.! Kunst aus Gugging in der Sammlung Essl**, Viena, Sammlung Essl, (p. 114).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

a personas e incluso temas enteros, con una economía sorprendente Tschirtner es capaz de dotar a su obra de una gran fuerza de impacto.

Oswald Tschirtner se hizo famoso por sus «Kopffüssler» (cabezas–pies), una figura sin cuerpo muy estirada y cuyas extremidades son muy largas, más tarde pasó a dibujar figuras cuyas cabezas se fundían con los cuerpos pero que ya no tenían pies, estas figuras aparecen solas o en grupos.

El virtuosismo sutil de la línea le da al trabajo de Oswald Tschirtner un algo de una atmósfera ascética.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

4.5.6 August Walla



Ilustración 32: August Walla, «Christus wird vom Satan versucht» (Cristo es tentado por Satanás).

August Walla (Klosterneuburg, 1936) es el más versátil de los artistas de Gugging, ha creado su propio mundo artístico que se ha convertido en el contenido de su vida.

Es un hombre solitario. Su participación en la vida social no se puede interpretar como un contacto directo con su medio ambiente, sino como una manifestación de su propia relación con el mundo exterior en su trabajo creativo.

La obra de August Walla podría describirse como *Gesamtkunstwerk* (obra de arte total). No sólo domina las técnicas tradicionales como dibujo, pintura y grabado, también trabaja con objetos de desechos y altera sus alrededores, se hace fotografiar como accionista con sus propios trabajos. Su trabajo, codificado con símbolos enigmáticos, nos lleva dentro de un mundo fascinante de imaginación, en su mundo expresa su identidad sexual, su relación con el catolicismo, la política y el medio ambiente. Estos temas vuelven siempre y son recurrentes, en su trabajo se identifica a sí mismo con varios dioses, con el diablo o «Hitler-Sohn» (hijo de Hitler) o cuenta su propia

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

metamorfosis de «Nazimädchen» (chica Nazi) a «Kommunisten–Doppelknaben» (Doble chico comunista).

El rico y complejo simbolismo de la obra artística de Walla obliga al espectador a buscar algo, a explorar y así a penetrar dentro de las profundidades de su mundo artístico. A pesar de todo, el mundo de Walla quedará siempre parcialmente inaccesible para el espectador.

Hasta hace pocos años Walla estaba viviendo con su madre. Ella también lo acompañó a la Casa de los Artistas donde compartió durante algunos años la habitación con su hijo. Hace pocos años ella murió y August Walla sufrió una profunda crisis creativa de la que se está recuperando ahora. Con el motivo de nuestra visita en Gugging pudimos ver la habitación en la cual vive Walla. Las paredes e incluso el techo están pintados en un intento de llenar todo lo que le rodea al artista. Los demás habitantes de la Casa de los Artistas llaman el cuarto de Walla la *Capilla Sixitina*.

4.6 Arte terapia y art brut en el Alexianer de Münster (Alemania)

Durante el 5º congreso ECARTE sobre Arte Terapia en Münster se organizó un acto en colaboración con el Alexianer y tuvimos la oportunidad de participar:

«No obstante, lo más impresionante de todo son los talleres de los artistas. Se trata de una casa–taller donde los pacientes que tienen talentos artísticos poseen un estudio individual. Cada uno tiene su sitio, su mesa de trabajo, sus utensilios de pintura, todo lo que caracteriza el taller de un artista convencional. En las paredes se pueden ver obras de ellos, pequeños mensajes o apuntes de otros compañeros, cuadernos con dibujos y esbozos, una atmósfera muy cálida y agradable. Parece ser un sitio con mucha vida y movimiento. En la misma casa–taller se encuentra una admirable colección de arte de los habitantes de la fundación «Haus Kannen»¹¹⁸, abierta al público y con frecuentes exposiciones temporales de artistas internados en centros psiquiátricos.

La guía, que nos acompañó era al mismo tiempo la responsable de este edificio, nos explicó que en el hospital hay un arte terapeuta que trabaja con todos los enfermos y les aconseja según sus necesidades. A algunos de ellos les gusta mucho pintar, se encuentran mucho mejor durante la actividad y en esta casa–taller pueden disponer de más espacio, material y tiempo para trabajar. Cada uno tiene su taller propio, siempre, si es realmente para pintar y no sólo para ocuparlo, o sea si le interesa en realidad la pintura. Allí se les permite trabajar libremente durante tres días por semana cada uno tiene su estilo personal y se siente orgulloso de su trabajo, les gusta mucho y lo disfrutan. Normalmente nadie les molesta si no es para alguna ayuda o consejo de cómo seguir o acabar alguna obra y siempre que ellos lo hayan pedido.

Las obras se guardan y se organizan exposiciones temporales con ellas durante las que frecuentemente se venden cuadros, una parte del dinero se la queda el artista y el resto va para mantenimiento de los talleres y material,

¹¹⁸ VV.AA., (1994), *Das Haus Kannen Buch, Bilder aus der Psychiatrie*, Münster, Alexianer-Krankenhaus.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

también se utiliza una parte de los beneficios de las exposiciones para publicar catálogos de los cuadros o de otras actividades.

Entre los artistas se respira un clima de mucho respeto, y los internos que no pintan están muy contentos cuando ven un auténtico cuadro de uno de sus compañeros colgado en una pared del hospital. «Para muchos de los enfermos crónicos y minusválidos nuestra casa se ha convertido en un hogar. Para la calidad de vida, la introducción de la arte-terapia y de la terapia ocupacional fue un valor incalculable. Con frecuencia se ofrecía, después de años de silencio, una oportunidad de representar vivencias y mundos anímicos a través de un medio plástico. Con el apoyo continuo de los terapeutas se ha formado una importante obra visual», se lee en el prólogo del catálogo de La Casa Kannen.¹¹⁹

¹¹⁹ Ibid., (Prólogo de Ludgerus Göller, Provincial de los hermanos Alexianos) (sin paginación).



Ilustración 33: Taller de Koch en la Casa Kannen, Münster.

El hecho de que estas personas estén en un ambiente de buenas condiciones y amistoso, donde la consideración de aspectos individuales en el carácter de cada uno es parte del proceso terapéutico, les ayuda a crear mejor, descubrir su estilo y perfeccionarlo a su manera».¹²⁰

¹²⁰ VASSILIADOU, Maria, «Congreso Europeo para la Educación en el Arte Terapia» (sin publicar).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

4.7 Algunos artistas de la Casa Kannen en Münster¹²¹

4.7.1 Robert Burda



Ilustración 34: Robert Burda, «Fasching» (Carnaval).

Robert Burda pinta en el taller desde 1976 y desde 1984 en el de arte terapia. En su colección de cuadros se han acumulado episodios de su vida y

¹²¹ *Das Haus Kannen Buch, Bilder aus der Psychiatrie*, Münster, 1994 (sin paginación).

acontecimientos, Burda empieza con el dibujo, destacando detalles con colores. Tiene una capacidad eidética que le permite recordar vivencias afectuosas con una exactitud fotográfica, lo más importante es que logra tener una distancia en el tiempo o en el espacio de la escena que dibuja y que el mismo se encuentra dentro de la escena. Allí escribe su nombre como para decir: «Yo estuve allí».

Burda trabaja con los contrastes del claroscuro y es en esta técnica donde se puede sentir la atmósfera creativa que se adentra con la estructuración de diferentes negros hasta la oscuridad total. Burda pinta escenas con personas de la clínica, integrándose en estos grupos como si estuviera buscando su posición en este mundo, su ubicación dentro de la creación.

4.7.2 Friedrich–Wilhelm Koch



Ilustración 35: Friedrich–Wilhelm Koch, «Según August Macke».

Estudia derecho en Munich y desde el principio de la carrera se muestran los primeros signos de su enfermedad, lleva mucho tiempo viviendo en la Casa Kannen. Friedrich–Wilhelm Koch pinta y dibuja paisajes, animales y caras según modelos, prefiere los motivos expresionistas de August Macke e ilustraciones de enciclopedias de animales. Con líneas rápidas de crayón dibuja el motivo y colorea las superficies, sus cuadros son esbozos rápidos de lo visto. En el marco del arte terapia creó con dibujos de formato pequeño y textos, una especie de resumen de su biografía. «No se mueve nada. En la Casa Kannen no se mueve nada. Los días fluyen tranquilos y regulares. Sin

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

especial alboroto o interrupciones. Esto es muy bonito porque conservamos nuestra paz. Me muevo. Cada mañana doy un paseo».

4.7.3 Klaus Mücke



Ilustración 36: Klaus Mücke, «Gelbe Nonnen» (Monjas amarillas).

Klaus Mücke es una persona extraordinariamente creativa, musical y viva. Pinta desde que se acuerda, muchísimo, en todas partes y con todo y sobre cualquier superficie. Sus cuadros tienen mucho color, grandes superficies, están pintados con acuarelas pero los colores son densos y a veces los mezcla con blanco de fondo. Los cuadros de Mücke desprenden mucha información y humor. Casi siempre pinta un motivo principal (por ejemplo «Señor y Señora, Manzana y Manzana bebé», «la abeja Maya», «Tía Lene» monjas o instrumentos musicales) alrededor de los cuales distribuye muchos motivos más (por ejemplo globos, chupa chups, banderas, cruces, palanganas, cámaras de fotografía, paraguas, peces...). A veces coge otro motivo para enmarcar sus composiciones como una maleta de magia, un tambor o una mitra.

Los motivos se repiten siempre. A veces llegan a ser series casi interminables de dibujos (monjas) y los pega en grandes *collages*. Mücke no sólo pinta los motivos arriba mencionados también los fabrica en barro, madera o con objetos encontrados.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Los cuadros de Klaus Mücke parecen simples, tal vez infantiles pero son lúdicos. Tanto como es lúdico observarle pintando o conversar con él.

4.7.4 Werner Streppel



Ilustración 37: Werner Streppel, «Sin título».

Werner Streppel es una persona de pocas palabras, contesta con educación utilizando monosílabos. Trabaja en el vivero, la jardinería es muy importante para él. Participa en el grupo nocturno de arte terapia de la Casa Kannen donde pinta con trazos gruesos, oscuros y decididos sobre el papel, limitando el objeto representado pero también el espacio hacia arriba y hacia abajo, estructurando las superficies y aumentando finalmente la luz de los colores. El objeto central del cuadro aparece como un lazo entre el cielo y la tierra.

Streppel trabaja solo, la mayoría de sus cuadros aparecen en su cuarto, pinta de manera muy concentrada y seria, le gusta fumar o pone la televisión para acompañar. Sin que nadie le animara empezó a pintar en 1981 o 1982, utiliza sobre todo acuarelas y al preguntarle sobre los motivos con los que trabaja, dice que los tiene que buscar. Prefiere casas, árboles, jarrones con flores y también carros, caballos, barcos, también ha pintado cuadros de vehículos de guerra y aviones.

Desde hace poco pinta obras de vivencias actuales, de las vacaciones o la situación cambiante de la jardinería de la clínica. Los motivos de Streppel

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

podrían ser símbolos de temas de cualquier persona por lo que se crea una especie de relación interpersonal entre el autor y el espectador de los cuadros y la comunicación entre ellos se produce casi sin esfuerzo.

4.8 Algunas reflexiones sobre los talleres en hospitales psiquiátricos

Los arte terapeutas del «Haus Kannen» distinguen su labor de la clásica terapia ocupacional. Wulf BECKER–GLAUCH escribe: «El arte terapia no pone la alteración, el déficit en el centro de atención, al contrario, fortalece la personalidad. [...] No existen síntomas pictóricos de enfermedad. Lejos de la abstracción conceptual nos encontramos con el cuadro en el centro de la biografía del enfermo». Y para terminar su artículo: «La imagen como símbolo está siempre en el camino hacia el prójimo y es entendida por el terapeuta que acompaña el proceso de cuadro a cuadro. No se puede excluir que de vez en cuando se encuentre una ‘obra maestra’ entre ellos. No existe ninguna frontera donde empieza el arte y donde termina el arte terapia».¹²²

Lo importante es hacer lo uno sin menospreciar lo otro, se puede afirmar que estas experiencias de creación artística no son lo mismo que las clásicas sesiones de arte terapia. Sobre si el término arte terapia es acertado o no, las opiniones pueden divergir. Puede que el término no sea adecuado para lo que se entiende tradicionalmente por arte terapia, o sea un nivel de comunicación visual, plástico más profundo que el verbal. Quizás los términos «terapia plástica» o «terapia pictórica» habrían sido más afortunados. Sin embargo para la forma de terapia que se describe en esta tesis, el término «arte terapia» es el adecuado ya que se propone un traslado de los criterios principales de la psiquiatría hacia el arte.

Una de las propuestas de este trabajo es precisamente la importancia en los estímulos para la creación artística que pueden ser unos fundamentos de teoría de los colores, la inspiración a través de un relato, música o la visita a un museo. No se trata sin embargo de volver a los típicos dibujos de la teoría «Gestalt» que como lo afirma Feilacher tienen su derecho de existencia. Forman parte de la terapia y se sitúan más en el campo de la psiquiatría que del arte y de una posible educación artística de los enfermos mentales. Es obvio que no todos los enfermos tienen las mismas necesidades ni tampoco las mismas

¹²² Ibid., «Die Kunsttherapie im Alexianer-Krankenhaus», (sin paginación).

posibilidades, no todo paciente psicótico es un artista pero puede serlo. Si estamos de acuerdo con esto, también tenemos que admitir que no todos los artistas/enfermos mentales son artistas *brut* es decir artistas que carecen de cualquier formación artística y de cualquier influencia de las «artes culturales» como los solía llamar Dubuffet. En las prácticas descritas en esta tesis también hemos constatado que, en general, el desconocimiento de corrientes artísticas es casi completo. Pero también se ha visto que el interés por obras de otros artistas «culturales», por tendencias artísticas puede ser muy grande. ¿Por qué esta influencia sólo tendría que ser unidireccional (es decir desde los artistas marginales hacia los culturales)?

Las visitas con el grupo de alumnos/as del Hospital de Día de la Clínica «Puerta del Hierro» a diferentes museos han servido de fuente de inspiración y de enriquecimiento. Vivir completamente al margen de los acontecimientos, como lo tendría que hacer un artista *brut* en el sentido clásico dubuffetiano, es hoy en día muy difícil. Feilacher dice que los artistas de Gugging nunca irían a un museo por su propia voluntad. Es posible, pero hay otros artistas o pacientes esquizofrénicos que sí les puede interesar una visita a un museo, a una exposición, visitas que sin duda también tienen un componente socializador, ésta es una discusión que se parece a la polémica desatada entre arte terapeutas y el psiquiatra de Gugging Feilacher que dice que el arte terapia no tiene nada que ver con la creación libre de unos artistas como los de la Casa de los Artistas de Gugging. El responsable de la Casa de los Artistas Kannen en Münster, mientras, defiende que las fronteras entre el arte terapia y la creaciones artísticas de ciertos pacientes se desdibujan, se diluyen. Es como el arte que tiene que procurar estar abierto a nuevas tendencias e intentar no caer en lo doctrinario. Creemos que la disciplina del arte terapia, lejos de estar completamente definida, todavía está en un proceso de formación y aun tiene que buscar su lugar entre las diferentes corrientes psiquiátricas y artísticas.

5. ¿QUÉ ES LA ESQUIZOFRENIA?

«Y, para empezar, ¿qué es el loco, portador de su enigmática locura, entre los hombres de razón, entre esos hombres de razón de un siglo XVIII aún en sus orígenes? ¿Cómo se le reconoce, al loco, tan fácilmente distinguible un siglo antes con sus perfil bien recortado, que hoy debe cubrir con una máscara uniforme tantos rostros distintos? ¿Cómo se le va a designar, sin cometer error, en la proximidad cotidiana que lo mezcla con todos los que no están locos y en la mezcla inextricable de los rasgos de su locura con los signos obstinados de su razón?»

FOUCAULT, Historia de la locura en la época clásica¹²³

5.1 Introducción

La esquizofrenia es una enfermedad cerebral que se manifiesta entre la segunda y tercera décadas de la vida generalmente (aunque puede haber formas de comienzo muy precoz en la infancia y formas de comienzo tardío en la madurez) y que se caracteriza por un curso deteriorante que conduce al paciente a situaciones en las que su actividad diaria y su forma de sentirse a sí mismo, a las personas que le rodean y a la realidad circundante, se encuentran disminuidos o afectados. La enfermedad puede tener también síntomas agudos y presenta varios tipos de cuadros clínicos diferenciados. En la actualidad las clasificaciones psiquiátricas internacionales han establecido cuáles son los criterios para el diagnóstico de esta enfermedad.

La esquizofrenia es probablemente la enfermedad más devastadora que tratan los psiquiatras. Se ha estimado que entre el 0,5 y el 1 % de la población padece esquizofrenia. Se manifiesta en la juventud, por lo que los pacientes con esquizofrenia viven muchos años tras el inicio de la enfermedad y continúan sufriendo por su causa, lo cual les impide su participación plena dentro de la sociedad. A pesar de su coste emocional y económico, la esquizofrenia

¹²³ FOUCAULT, Michel, (1967), *Historia de la locura en la época clásica*, Madrid, FCE, (p. 276).

todavía no ha recibido el reconocimiento suficiente como problema grave sanitario ni la ayuda necesaria para la investigación de sus causas, tratamientos y prevención.

La década de los 80 ha sido un período de reevaluación. Hubo un optimismo inicial alimentado por la introducción de la medicación antipsicótica y el movimiento comunitario de salud mental. Cuando el fenómeno de la desinstitutionalización se extendió, un gran número de pacientes afectos de esquizofrenia fueron dados de alta de los hospitales. El optimismo se transformó gradualmente en pesimismo al evidenciarse que la medicación antipsicótica se limitaba al control de los síntomas de la esquizofrenia y que tenía sus riesgos a largo plazo. Por otro lado se puso de manifiesto que, si bien muchos hospitales habían quedado vacíos, muchos de sus ex pacientes no podían funcionar en la comunidad, teniendo algunos de éstos que reingresar en hospitales estatales o en otras instituciones municipales, mientras que otros se convirtieron en «gente de la calle» o se encontraron dentro del fenómeno de la «puerta giratoria», caracterizado por hospitalizaciones breves pero frecuentes. En la década de los 90 ha surgido una nueva era de optimismo contenido. Los clínicos están de acuerdo en que el mejor enfoque terapéutico es el que combina la medicación con las distintas formas de atención psicosocial. El desarrollo de nuevas técnicas de neuroimagen del cerebro junto con los nuevos métodos histopatológicos proporcionan un mayor empuje en la investigación de la esquizofrenia, que se une a los avances concomitantes en la descripción fenomenológica, métodos de clasificación y la epidemiología. Finalmente se están desarrollando medicaciones que pueden ser más efectivas en ciertos pacientes y poseer menos efectos secundarios.

La esquizofrenia y sus trastornos relacionados han sido reconocidos en la mayoría de las culturas y descritos a través de la historia documentada. Para los clásicos, los términos manía y frenesí eran términos genéricos que se referían a un amplio catálogo de enfermedades psicóticas. Retratos literarios tales como el de la locura de Orestes en la Orestíada de Esquilo y el de las musitaciones del Pobre Tom en el Rey Lear, nos muestran que las psicosis graves han sido reconocidas desde hace muchos años. Aparecen descripciones más técnicas en libros como el Descubrimiento de la Brujería de Reginald Scot en el siglo XVI o

en los escritos clásicos de Phillipe Pinel del siglo XVII. Emil Kraepelin (1856-1926) es considerado generalmente como el definidor de la esquizofrenia, principalmente en cuanto al curso y desenlace de la misma. Kraepelin observó que algunos pacientes empezaban con síntomas tales como delirios y vacío afectivo a una edad relativamente temprana y que estos pacientes tenían con mayor probabilidad un curso crónico y deteriorante. Trabajó estrechamente con su colega Alois Alzheimer quien estudiaba pacientes con grave deterioro cognitivo y deterioro de inicio en edad más tardía. Con el fin de distinguir los pacientes que desarrollaban su «demencia» a una edad temprana de los que la iniciaban tardíamente, Kraepelin se refirió a los primeros casos como afectos de «demencia precoz». Kraepelin diferenció la demencia precoz, no sólo de la enfermedad de Alzheimer, sino también de un tercer grupo de enfermedades a las que denominaba «enfermedad maníaco-depresiva». La enfermedad maníaco-depresiva se distinguía de la demencia precoz en que su inicio podía darse a lo largo de la vida y en su curso era más episódico y menos deteriorante.

Sin embargo, a instancias de Eugen Bleuler (1857-1939), se cambió la denominación de demencia precoz por la de esquizofrenia. Bleuler estaba convencido de que para definir la esquizofrenia era más importante el estudio transversal de los síntomas que su curso y desenlace. Recalcó que la anormalidad fundamental y unificadora en la esquizofrenia era el deterioro cognitivo. Por este motivo pensaba que el «trastorno del pensamiento» era el síntoma esencial y patognómico de la esquizofrenia y denominó la enfermedad a partir de este síntoma: *esquizofrenia*, es decir, división de la capacidad mental. Bleuler también creía que el aplanamiento afectivo, el pensamiento peculiar y distorsionado (autismo), la abulia, el deterioro atencional y la indecisión conceptual (ambivalencia) eran prácticamente de la misma importancia. A este grupo de síntomas se refirió como al «fundamental», mientras que otros síntomas tales como los delirios y las alucinaciones los consideró «accesorios», ya que también podían darse en otros trastornos como en la enfermedad maníaco-depresiva. Por otro lado Bleuler señaló que algunos pacientes con esquizofrenia se recuperan totalmente, mientras que otros tienen un curso relativamente crónico pero no se deterioran.

Jacques LACAN, (1901-1981) en sus comienzos se interesó particularmente por el estudio de la paranoia. Su tesis doctoral versó sobre el tema «*De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*», investigación que interesó mucho a algunos miembros del surrealismo.

Años más tarde hizo una formulación sobre la estructura de la psicosis debido a que «los analistas y los psiquiatras habían notado la presencia, en los delirios psicóticos, de temas vinculados con la paternidad y la filiación, como en la Trinidad cristiana y en ciertos motivos religiosos universales. Lacan mostró que en la psicosis hay una forclusión del nombre del padre: no se lo reprime, se lo anula totalmente. Esta hipótesis permitió explicar de una nueva manera muy esclarecedora los datos clínicos». ¹²⁴

El estudio de la función simbólica llevó a Lacan a una formulación y para nombrarlo utilizó el término de Freud «*Verwerfung*» que tradujo al francés como «forclusion» que designa el rechazo del elemento en cuestión. Ya que si el elemento es reprimido puede volver en el habla, en la cadena signifiante, en lo simbólico pero si es «forcluido» no puede retornar en lo simbólico porque nunca existió ahí: fue excluido.

Hacia finales de los sesenta, gracias a los estudios comparativos sobre la práctica diagnóstica en los Estados Unidos, Inglaterra y otras naciones, los americanos se dieron cuenta de que sus diagnósticos eran demasiado amplios e imprecisos.

En el contexto de estos estudios, surgió el interés por la fiabilidad diagnóstica que condujo a la creación de entrevistas estructuradas como el *Present State Examination* (PSE; Wing y col., 1967). Las entrevistas estructuradas requerían una definición de los síntomas que asegurara mayor acuerdo entre dos clínicos distintos. Los síntomas bleulerianos no se ajustaron a tales técnicas debido a sus amplitud en imprecisión. En cambio el uso de los delirios y las alucinaciones como características definitorias ponía el énfasis en fenómenos claramente discontinuos de la normalidad y que son relativamente fáciles de identificar. El PSE ayudó a introducir los conceptos del psiquiatra

¹²⁴LEADER, Darian, GROVES, Judith, (1998), **Lacan**, Buenos Aires, Era Naciente SRL, (pp. 106-109).

alemán Kurt Schneider (1887-1967) y su énfasis en los «síntomas de primer rango» en el mundo angloparlante. Estos factores contribuyeron a remodelar el concepto de la esquizofrenia en forma de un trastorno psicótico relativamente grave que se acercaba a las ideas originales de Kraepelin. Tal como esta breve revisión histórica indica, el concepto de esquizofrenia ha variado enormemente a través del tiempo y el espacio. Kraepelin creía que este trastorno sería entendido algún día a través de mecanismos cerebrales neuropatológicos dado el carácter relativamente grave de su curso.

Los estudios neurobiológicos de la esquizofrenia han hecho posible, a través de las técnicas de diagnóstico por la imagen del cerebro y de los bancos cerebrales post-mortem, que se borrara la distinción entre la esquizofrenia y los trastornos «orgánicos». El tratamiento psicofarmacológico de la esquizofrenia durante casi cuatro décadas nos ha demostrado que los síntomas psicóticos floridos pueden no ser lo nuclear entre las características definitorias. Después de todo, parece que los síntomas negativos o defectuosos persisten y son fundamentales, tal como Bleuler señaló a principios de este siglo. Actualmente estas observaciones han ganado más importancia, al reconocer el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) que los síntomas negativos pueden ser definidos de forma fiable y, como características principales del trastorno, no deben ser exagerados. El aumento de los debates sobre la esquizofrenia refleja el aumento de nuestros conocimientos y no nuestra ignorancia. Su complejidad hace de la esquizofrenia uno de los trastornos más interesantes y retadores que tratan los psiquiatras.¹²⁵

El mencionado ***Diagnostic and Statistical Manual*** de la American Psychiatric Association en su cuarta edición (DSM-IV de la APA)¹²⁶ establece los siguientes criterios para el diagnóstico de esquizofrenia:

1. La presencia de dos o más de los siguientes síntomas característicos presentes durante la mayor parte del tiempo y al menos durante un mes:

¹²⁵ BLACK, D., ANDREASEN, N., (1996), «Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante», en: ***Tratado de psiquiatría***, Barcelona, Ancora, (pp. 435-438).

¹²⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ed.), (1994), ***Diagnostic Criteria from DSM-IV***. Washington, American Psychiatric Press, (pp. 147-159).

- a) delirios
- b) alucinaciones
- c) lenguaje desorganizado (incoherente, deshilvanado, etc.)
- d) alteraciones de conducta con hiperactividad también desorganizada (agitación o síntomas catatónicos)
- e) síntomas «negativos» (aplanamiento afectivo, alogia o avolición)

2. La presencia de disfunción social y ocupacional que represente al menos afectación de las relaciones interpersonales, laborales y de autofuncionamiento y/o autocuidado. El paciente tendrá por tanto dañadas estas áreas de su actividad y vida cotidianas.

3. Estas alteraciones han de persistir al menos durante seis meses.

4. Han de ser excluidos los posibles diagnósticos de psicosis afectivas, abuso de sustancias estupefacientes o alucinógenas o trastornos graves del desarrollo en el caso de pacientes infantiles.

Por su parte la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE de la OMS) en su edición 10ª (CIE-10) (1992) establece que los criterios para el diagnóstico de esquizofrenia son¹²⁷ :

A. Presencia de un síntoma muy claro o dos o más menos intensos de los grupos 1 a 4

B. Síntomas de por lo menos dos de los grupos 5 a 8.

Estos síntomas han de estar presentes al menos durante un mes.

Los grupos en los que la CIE-10 divide los síntomas de la esquizofrenia son los siguientes:

- 1. Eco, robo, inserción o difusión del pensamiento.
- 2. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad

¹²⁷ OMS, *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*, (1992), Ginebra., OMS, (pp. 113-125).

3. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.

4. Ideas delirantes persistentes de cualquier otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidades y poderes sobrehumanos.

5. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad.

6. Interpolaciones o bloqueos del curso del pensamiento que pueden dar lugar aun lenguaje disgregado, divagatorio, incoherente o lleno de neologismos.

7. Manifestaciones catatónicas tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo o estupor.

8. Síntomas «negativos» tales como apatía marcada , empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional.

9. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal que se manifiestan como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

5.2 Tipos de esquizofrenia

Clásicamente los tipos de esquizofrenia descritos eran:

1. Paranoide
2. Catatónica
3. Hebefrénica
4. Indiferenciada
5. Residual
6. Simple.

La primera se caracterizaba por tener un predominio de actividad delirante y alucinatoria con escasos síntomas de otro tipo; la segunda presentaba un claro componente de afectación motora con presencia abundante de síntomas como la agitación, el negativismo, o la facilitación exagerada, los manierismos, las estereotipias, etc.; la tercera presenta un neto predominio de síntomas afectivos especialmente con un tono general insulso o «bobalicón». La esquizofrenia simple representaba un cuadro en el que los síntomas más prominentes eran de carácter «negativo» (aplanamiento afectivo, alogia, avolición) y venía a ser como un cuadro de deterioro puro.

En la Cie-10 la descripción pormenorizada de los diversos tipos de esquizofrenia queda como sigue:

5.2.1 Esquizofrenia paranoide.

Es el tipo más frecuente de esquizofrenia, el cuadro clínico está constituido por ideas delirantes que tienden a estabilizarse y a estructurarse, de matiz generalmente paranoide, acompañadas de alucinaciones de tipo auditivo y, con frecuencia, de otros trastornos perceptivos. El resto de síntomas (lenguaje, síntomas afectivos o volitivos y las alteraciones motoras (catatónicas) puede ser leve o estar ausente.

Las ideas delirantes y las alteraciones alucinatorias más características son:

- a) Ideas delirantes de persecución, referencia, celos, genealógicas, de transformación corporal o de misión especial.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

b) Voces alucinatorias que increpan al enfermo dándole órdenes o alucinaciones auditivas sin contenido verbal (silbidos, pitidos, murmullos, risas vagas, etc.).

c) Alucinaciones olfatorias, gustatorias, sexuales o de cualquier otro tipo de sensaciones corporales.

d) La esquizofrenia paranoide es la forma clínica que suele presentar menos síntomas «negativos» y por tanto aquella en la que el embotamiento afectivo y el deterioro cognitivo suele ser menor o presentarse más tardíamente.

e) Su comienzo suele también ser más tardío que el de la esquizofrenia hebefrénica y las formas simples.

5.2.2 Esquizofrenia hebefrénica.

En esta forma de esquizofrenia los trastornos afectivos son muy llamativos. Por el contrario las ideas delirantes y las alucinaciones son mucho menos estructuradas y suelen ser transitorias. Están presentes sin embargo síntomas como los manierismos, aunque los síntomas más característicos son la afectividad superficial e inadecuada, las risas insulsas, sonrisas absortas que parecen indicar una especie de felicidad bobalicona, las quejas hipocondríacas, las burlas sin sentido, actuaciones despectivas sin causa aparente y repeticiones tanto en el lenguaje como en la motórica.

El pensamiento aparece desorganizado y el lenguaje es divagatorio y frecuentemente incoherente. El paciente busca el aislamiento y todo su comportamiento parece desprovisto de propósito y de metas definidas.

Es una forma que comienza a edades más tempranas (15 a 25 años) y tiene un curso deteriorante y un pronóstico malo.

A este cuadro se le ha llamado también esquizofrenia desorganizada.

5.2.3 Esquizofrenia catatónica

Los síntomas predominantes son de carácter motor que varían desde la hiperkinesia al estupor y de la obediencia automática al negativismo. Es un síntoma característico el mantenimiento durante largos períodos de tiempo de posturas forzadas sin aparente cansancio así como la abundancia de gestos repetitivos y amanerados (manierismos).

Es también frecuente la presencia de estados de agitación intensa.

Hay una distribución epidemiológica desigual de este tipo de esquizofrenia con una disminución de la incidencia en los países industrializados frente a otras partes del mundo.

Las pautas para el diagnóstico de este subtipo de esquizofrenia, además de cumplirse los criterios generales ya enunciados más arriba, son la presencia de los siguientes síntomas:

- a) Estupor o mutismo.
- b) Excitación o agitación.
- c) Catalepsia
- d) Negativismo
- e) Rigidez motora
- f) Flexibilidad cética
- g) Obediencia automática y lenguaje perseverante.

5.2.4 Esquizofrenia indiferenciada

Se ha llamado «indiferenciada» cuando el cuadro clínico no es posible identificarlo con ninguno de los subtipos mencionados (paranoide, hebefrénico, catatónico) y que sin embargo cumplen los criterios generales de esta enfermedad así como tampoco puede ser incluidos en la esquizofrenia residual. Es por tanto una categoría «cajón de sastre».

5.2.5 Esquizofrenia residual

Más que un subtipo es un estado producido por el curso crónico de la enfermedad en el que se ha producido una clara evolución de deterioro progresivo desde los estados iniciales hasta una situación final caracterizada por la presencia predominante de síntomas «negativos» y, como hemos dicho, deterioro marcado.

Es importante que en estos casos sobre todo en personas mayores se haga un diagnóstico diferencial con los cuadros de deterioro cognitivo de carácter demencial.

5.2.6 Esquizofrenia simple

Es un subtipo no muy frecuente que tiene un desarrollo insidioso y progresivo de conductas extravagantes, incapacidad de afrontar las demandas de la vida social normal y disminución del rendimiento escolar, laboral o general.

Los síntomas alucinatorios y delirantes no son prominentes y los síntomas negativos (embotamiento afectivo, alogia, avolición) aparecen sin que les hayan precedido síntomas positivos detectables. El proceso de deterioro es rápido y generalmente reduce al paciente a una vida muy limitada. En el caso de no poseer un adecuado soporte social este deterioro puede conducir al enfermo a situaciones de vagabundeo y miseria.

5.3 Tratamiento actual de la esquizofrenia

En la actualidad con el desarrollo espectacular de la psicofarmacología el tratamiento de todas las formas de la esquizofrenia tiene como base fundamental el empleo de fármacos llamados antipsicóticos. Estos fármacos se caracterizan todos ellos por ser potentes inhibidores de un neurotransmisor llamado dopamina que regula entre otras cosas, circuitos relacionados con los sistemas de recompensa cerebral.

Los fármacos antipsicóticos no están exentos de efectos secundarios que los hacen, a veces, poco tolerables para el paciente y redundan negativamente en el cumplimiento que este hace de las instrucciones del médico.

Pero la esquizofrenia no sólo es subsidiaria de un tratamiento farmacológico, aunque este sea la base imprescindible de la acción terapéutica. Se necesita también, y muy importantemente, acciones rehabilitadoras que incluyen toda una serie de técnicas específicas así como programas de intervención social en la familia y en el entorno de los pacientes y programas psicoeducativos destinados a hacer más comprensible y manejable la enfermedad al enfermo y a sus familiares.

Todo ello hace que el paciente haya de ser tratado preferentemente en su medio original y que los ingresos hospitalarios hayan de ser lo más cortos y poco frecuentes que se pueda.

En este contexto recursos asistenciales como los hospitales de día son un instrumento imprescindible para ayudar a estos pacientes en la transición entre la hospitalización total y su vida en el domicilio familiar y la terapia por el arte una forma particularmente interesante dentro del conjunto de actividades que desarrollan los citados hospitales de día.

En los últimos meses se hicieron unos importantes avances en la investigación sobre la esquizofrenia. El descubrimiento del gen portador que se situaría en el cromosoma 22 por un equipo alemán de la Universidad de Würzburg es un hito y podría llevar a una mejora en el tratamiento de al menos un subgrupo de los esquizofrénicos, los así llamados esquizofrénicos catatónicos. Pero todavía se está muy lejos de un tratamiento fácil y eficaz de todos los grupos de esquizofrenias. Como comenta Jerónimo Saiz, jefe de

Psiquiatría del hospital Ramón y Cajal de Madrid en un artículo publicado en **El País** en marzo del año 2001¹²⁸: «...lo que está claro es que no hay un solo gen implicado y que el descubrimiento de distintos genes que actúan de diversas maneras nos va a ayudar a entender mejor la enfermedad o a aclarar que es una sino varias, además de avanzar en la comprensión de la mente humana».

Nadie discute además la importancia de factores ambientales (familia, abuso de drogas, daños o malnutrición prenatales) en la aparición de los síntomas de la enfermedad. La prueba la dan los gemelos monocigóticos, hijos de padres con síntomas de esquizofrenia: en muchos casos sólo uno de los dos gemelos desarrolla la enfermedad a pesar de su identidad genética. Los hijos de los gemelos portadores del gen de la esquizofrenia tienen de nuevo una probabilidad de un veinte por ciento de desarrollar la enfermedad, indistintamente si su padre mostró síntomas o no. Con los medicamentos actuales el 25 % de los esquizofrénicos se recupera por completo, otro 50 % sólo parcialmente, y el restante 25 % restante no se recupera ni con tratamiento asegura Gonzalo Casino en un artículo publicado en **El País**.

Lo más grave para los afectados es, aparte de la inexistencia de tratamientos farmacológicos eficaces, la estigmatización de los esquizofrénicos por la sociedad. Existen muchos prejuicios y malentendidos que no facilitan la vida de los enfermos. Todavía se cree que los esquizofrénicos tienen una doble personalidad (síndrome «Jekyll y Hyde»), que son violentos y antisociales, mientras que estudios prueban por ejemplo que los esquizofrénicos cometen menos actos violentos que la población en general. El eco mediático que tuvieron algunos sucesos protagonizados por enfermos esquizofrénicos puede ser una de las causas de estos malentendidos. De la misma manera en el habla corriente se suele utilizar mal la palabra esquizofrenia como lo demuestran muchos ejemplos de la política y del habla popular. Otro dato preocupante que aporta el artículo «Nuevas piezas para el 'puzzle' de la esquizofrenia» es que en Estados Unidos un 40 % de los vagabundos son esquizofrénicos. En España este porcentaje no sería muy diferente pero faltan estudios serios sobre el tema. La cifra que se da para nuestro país es la de

¹²⁸ CASINO, Gonzalo, (2001), «Nuevas piezas para el puzzle de la esquizofrenia», en: **El País**, 27/03/2001.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

unas 400.000 personas con síntomas y signos de la esquizofrenia, cifra que plantea un gran reto para la ciencia y la sociedad.

5.4 Conclusiones

La esquizofrenia es una grave enfermedad psiquiátrica que afecta aproximadamente al 1 por 1000 de la población, que tiene un curso crónico y que exige tratamiento y cuidados prácticamente de por vida.

Presenta síntomas de dos tipos «positivos» y «negativos». Los primeros son fundamentalmente los delirios y las alucinaciones y los segundos constituyen el núcleo del deterioro psicótico (embotamiento afectivo, avolición y alogia).

Contra la creencia popular los esquizofrénicos no son personas particularmente peligrosas aunque muy raras veces pueden actuar bajo el influjo de sus delirios y de sus alucinaciones.

El contacto con estos pacientes es posible y aceptan agradecidos y colaboradores (generalmente cuando ha pasado el episodio agudo) la ayuda que se les presta siempre que les sea explicada de forma comprensible.

Cualquier forma de materializar dicha ayuda rehabilitadora es eficaz siempre que cumpla los requisitos de proporcionalidad y de aceptabilidad por parte del paciente. La terapia por el arte es una manera privilegiada de poder tener acceso y de mejorar la capacidad de estos pacientes para entender y manejar el mundo que les rodea.

5.5 Glosario de términos psiquiátricos relativos a la esquizofrenia¹²⁹

Agitación Actividad motriz excesiva, normalmente sin intención y asociada a una tensión interna. Ejemplos pueden ser la incapacidad de estar sentado sin moverse, frotarse las manos y quitarse la ropa.

Alogia Literalmente quiere decir «sin habla». Con más frecuencia se usa para referirse a la falta de espontaneidad en el habla y a la fluidez disminuida en la conversación que se dan como síntomas negativos en la esquizofrenia.

Alucinación Una percepción sensorial en ausencia de un estímulo actual externo. No confundir con ilusión que es una mala percepción o una mala interpretación de un estímulo externo.

Ambivalencia La existencia de emociones contradictorias, actitudes, ideas o deseos hacia ciertas personas, objetos o situación. Normalmente la ambivalencia no es totalmente *consciente* y sólo es psicopatológica en su forma extrema.

Autismo Definido por Eugen Bleuler como rasgo importante del comportamiento esquizofrénico; el enfermo vive ensimismado y se enquista como defensa frente al medio que le rodea; pierde el contacto con la realidad y vive en un mundo transformado de manera absurda.

Avolición Falta de iniciativa y objetivos. Uno de los síntomas negativos de la esquizofrenia. La persona puede querer hacer algo pero el deseo es sin fuerza o energía.

Catalepsia Una condición generalizada de una capacidad de respuesta disminuida en estados parecidos al trance. Posturas o mantenimiento de actitudes físicas durante un tiempo prolongado.

Catatonía Inmovilidad con rigidez muscular o inflexibilidad y en ocasiones con excitación.

Delirio Una creencia equivocada, basada en inferencias incorrectas sobre la realidad externa y firmemente sostenida a pesar de una clara evidencia de lo contrario. La creencia no es parte de la tradición cultural como por ejemplo un dogma de fe religiosa.

¹²⁹ EDGERTON, J.E., CAMPBELL, R.J. (eds.), (1994), *American Psychiatric Glossary*, Washington, American Psychiatric Press.

Demencias Trastorno cognitivo caracterizado por defectos en la memoria, *aphasia*, *apraxia*, agnosia y funcionamiento dirigido.

Depresión Tristeza de ánimo Dendógena; melancolía. En estos casos se dan con frecuencia un entorpecimiento o una intranquilidad recelosas, autorreproches, sentimiento de inferioridad y pesimismo absoluto; muchos enfermos tienen propensión al suicidio. No es raro que alternen estados depresivos con estados maníacos: en estos casos debe hablarse de un trastorno maniáco-depresivo.

Deterioro Afectación global de la personalidad que incide negativamente en las actividades globales del individuo generando discapacidad progresiva en los ámbitos familiares, sociales y laborales. Se distingue de la demencia por tener primariamente afectadas las funciones comunitivas básicas fundamentalmente la memoria.

Endógeno Debido a causas internas (v. *psicosis*) .

Estupor Sensible reducción en la interacción y el conocimiento del medio con movimientos y actividad espontáneos reducidos.

Exógeno Adquirido mediante una influencia exterior (v. *psicosis*).

Flexibilidad cérea La «flexibilidad cérea» se observa frecuentemente en la esquizofrenia catatónica. El brazo o el pie del paciente permanecen en la misma posición que se han colocado.

Hiperkinesia Actividad motriz excesiva que puede ser intencionada o sin objetivo; los movimientos y gestos suelen ser más rápidos de lo normal.

Hipocondría Uno de los trastornos somatoformes caracterizado por una preocupación persistente sobre la salud o miedo de sufrir una enfermedad a pesar de que el médico y las pruebas de laboratorio digan lo contrario. El miedo de contagiarse de una enfermedad. Está considerada de ser más bien una fobia que una hipocondría.

Mania Estado de ánimo enfermizo de tipo festivo, con locuacidad, actividad elevada, auto sobrevaloración y aumento de las asociaciones de imágenes. La manía y la depresión alteran con frecuencia en el ciclo maniácodepresivo.

Manierismos Trastorno de estereotipo/costumbre; un trastorno de infancia o de la adolescencia, caracterizado por comportamiento repetitivo, no funcional y potencialmente autodestructivo, como dar golpes con la cabeza, morderse a sí mismo o rasgar la piel.

Mutismo Para lización de la expresión con la facultad del habla intacta que se presenta frecuente en la catatonía y la psicosis depresivas.

Negativismo Oposición o resistencia, cubierta o abierta, a los consejos exteriores.

Pensamiento divagatorio Pensamiento con acciones *laxas* (flojas) que conduce a un lenguaje errático en el cual se suele perder el hilo conductor del discurso.

Psicosis Existen diversos tipos: las psicosis debidas a envenenamientos, infecciones y otras enfermedades orgánicas (*psicosis exogenas*), las psicosis desencadenadas por experiencias sufridas (*psicosis reactiva* o *psicógenas*), y las psicosis de causa desconocida pero residente principalmente en el mismo individuo (*psicosis endógenas* entre ellas se cuentan la esquizofrenia y el trastorno maníaco-depresivo). Según su curso las psicosis se dividen en agudas y crónicas, las segundas pueden cerbarse. Muchas psicosis son curables y el restablecimiento puede ser completo; después de la regresión de ciertas psicosis esquizofrenicas queda, no obstante, un nivel energético disminuido, una pérdida de tensión emocional y de resonancia afectiva (*defecto esquizofrénico*); a pesar de ello, con frecuencia los enfermos son equilibrados y se adaptan socialmente (*estado de defecto equilibrado*); al hacer una versión retrospectiva se tiene a veces la impresión de que los enfermos esquizofrénicos ya eran un poco raros y chocantes antes de la aparición de la psicosis (*prepsicóticos*).¹³⁰

¹³⁰ SHRIQUI, C.L., NASRALLAH, H.A. (eds.), (1995), **Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia**, Washington, American Psychiatric Press.

6. EL HOSPITAL DE DÍA PSIQUIÁTRICO

6.1 Introducción

Desde que se inició el proceso de desinstitucionalización y modernización de la asistencia psiquiátrica, los planes de salud mental proponen los Hospitales de Día Psiquiátricos entre los servicios a desarrollar en un modelo de psiquiatría comunitaria.¹³¹ Pese a ello, el incremento real de estos dispositivos ha sido muy escaso. En fechas recientes parecen haber recibido un nuevo impulso desde criterios de gestión eficiente y de la política de contención del crecimiento de camas y reducción de estancias medias hospitalarias.¹³²

Hay diversas concepciones respecto a lo que es un hospital de día psiquiátrico y las funciones que desarrolla.¹³³ No obstante, la mayoría de los que existen estarían incluidos en los dos primeros puntos de clasificación de Rocío¹³⁴ sobre hospitalización parcial:

- 1) «Hospitales de Día» para pacientes agudos como alternativa al ingreso total, con estancias de 4 a 8 semanas,
- 2) «Tratamientos de Día» con objetivos psicoterapéuticos a medio plazo para mejorar el funcionamiento del paciente con estancias entre 3 y 12 meses, y
- 3) «Cuidados de Día» con programas psicosociales dirigidos a estructurar el día y supervisar las actividades de pacientes que lo requieran para prevenir recaídas, con estancias de un año o más.

La «Guía de Gestión del Hospital de Día Psiquiátrico» publicada por el INSALUD en 1999 recoge las opiniones y experiencias de un Grupo de

¹³¹ DEFENSOR DEL PUEBLO (ed.), (1991), ***Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España***, Madrid, Oficina del Defensor del Pueblo.

¹³² INSALUD (ed.), (1999), ***Guía para la gestión para la hospitalización de día psiquiátrica para adultos***, Madrid, INSALUD.

¹³³ PARKER, S., KNOLL, J.L., (1990), «Partial Hospitalization: An Update», ***Am. J. Psychiatry***, 147(2); (pp156-160).

HOGE, M.A. et al., (1987), «Functions of Short-Term Partial Hospitalization», en: ***A Comprehensive System of Care***, Int. J. Part. Hosp.; 4: (pp. 177-188).

¹³⁴ ROSIE, J.S., (1987), ***Partial Hospitalization: A Review of Recent Literature***, Hosp. Comm. Psychiatry; 38: (pp. 1291-9).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Trabajo integrado por representantes de las sociedades profesionales de psiquiatría y coordinado por Alfonso Calvé y Vicente Ibañez, psiquiatras responsables del Hospital de Día de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid, y en ella se destaca que el hospital de día psiquiátrico es un dispositivo asistencial de tratamiento activo de trastornos mentales en régimen de día. Es por tanto un instrumento de prevención secundaria.

Un HDP puede desarrollar algún programa de rehabilitación específico pero su actividad básica está focalizada en el tratamiento activo.

6.2 Objetivos e Indicaciones

Los **objetivos terapéuticos** de un HDP son:

a) Actuar sobre el **cuadro clínico** que presenta el paciente buscando la mejoría, la desaparición de los síntomas y la remisión parcial o total del mismo. Esta acción se encuadra dentro de la prevención secundaria de la enfermedad.

b) Actuar sobre las **circunstancias sociales y familiares** que modulan el curso, la respuesta a los tratamientos y el pronóstico de la enfermedad. Esta acción se encuadra dentro de la detección de factores de protección y de riesgo y de la actuación específica sobre ellos.

c) Actuar sobre las **secuelas del proceso patológico**, sean estas transitorias o estables, debidas a la patología o secundarias a los tratamientos. Esta acción se encuadra dentro de la prevención terciaria de la enfermedad.

d) Actuar sobre las **consecuencias sociales del enfermar mental**, incluyéndose aquí las acciones para la minimización del estigma social así como acciones destinadas a promover y mejorar la actitud y la colaboración del entorno inmediato del paciente y, eventualmente, la prestación de ayuda específica a dicho entorno (fundamentalmente a la familia). Esta acción se encuadra dentro de las labores facilitadoras de reinserción social.

En definitiva persigue un aumento de la calidad de vida y la satisfacción (disminución del sufrimiento) de los pacientes con trastornos graves de salud mental y de su entorno próximo (familia), mediante la disminución y/o afrontamiento de la sintomatología psiquiátrica, la prevención y reducción de recaídas, la prevención del deterioro, y el mejor ajuste y funcionamiento familiar y social de los pacientes. Mientras se logran estos objetivos la estancia en el HDP favorece, en los casos en los que ha habido una crisis, la transición desde la ruptura del funcionamiento personal que supone la enfermedad a una adaptación progresiva a la vida comunitaria afrontando lo sucedido y mejorando los recursos y habilidades sociales y de comunicación del paciente. En los casos en los que se parte de un funcionamiento crónicamente desadaptativo (trastornos de personalidad graves, psicóticos con gran repliegue autístico), el HDP favorece un cambio en los pacientes hacia nuevas pautas de interacción con los demás.

Más allá de la labor clínico–asistencial, los HDP han nacido como parte del movimiento desinstitucionalizador, con el objetivo de favorecer el tratamiento fuera de los hospitales tradicionales, superando las dificultades intrínsecas a éstos. Aún actualmente ocupan un lugar en la red de servicios interdependientes con otros recursos y desde el punto de vista de la gestión cumplen funciones específicas.

Los **objetivos de gestión** serían:

- a) Disminuir el número de ingresos y reingresos en hospitalización completa.
- b) Disminuir las estancias en hospitalización completa.
- c) Disminuir la frecuentación de los servicios de urgencias y de otros servicios sanitarios.
- d) Descargar y complementar el tratamiento en el sistema ambulatorio.
- e) Promover la participación de las familias en el proceso terapéutico.
- f) Rentabilizar los recursos mediante la utilización de técnicas grupales.

Estos objetivos tienen, además de **fundamentaciones** de gestión, otras asistenciales: de interés clínico:

- 1) La minimización de la separación del paciente de su medio habitual;
- 2) La reducción del estigma que supone el ingreso;
- 3) El cumplimiento de los tratamientos farmacológicos;
- 4) La reducción de los costes sociales de la enfermedad, evitando reingresos, recaídas y mejorando el funcionamiento social, familiar y laboral.

Los requerimientos básicos para la indicación de la asistencia a HDP serían:

- a) El paciente ha de disponer de cobertura social que garantice su alojamiento y cuidados, si los precisa, durante el periodo de tiempo que no cubre el HDP.
- b) El paciente ha de ser capaz de desplazarse hasta el HDP desde su lugar de residencia, por sí mismo o facilitado por instancias sanitarias o sociales.

c) El paciente ha de aceptar y ser capaz de colaborar mínimamente con el programa terapéutico del HDP. Esta aceptación ha de procurar hacerse extensiva a la familia o persona/s con las que conviva el enfermo.

Respecto a las **indicaciones por diagnóstico** se acepta en general la exclusión de los pacientes con CI demasiado bajo para tolerar ambientes de la exigencia grupal de un HDP, pacientes con cuadros orgánicos cerebrales o con problemas de consumo de sustancias que requieran un abordaje de la adicción como primer paso. Los demás casos son tratables en un HDP, aunque algunos centros limitan el número de trastornos de personalidad con gran expresividad emocional dada la dificultad de manejo grupal de muchos pacientes de este tipo simultáneamente (se recomiendan programas específicos para estos pacientes).

Sea cual sea el grupo diagnóstico al que pertenezca un paciente y salvo aquellos casos en que el citado grupo diagnóstico supone en sí mismo una contraindicación, **el perfil general de los pacientes** del HDP puede resumirse así: pacientes con sintomatología activa, capaces de entender y colaborar en su tratamiento, sin conductas gravemente disruptivas o heteroagresivas, y sin riesgo de suicidio que requiera ingreso a tiempo completo. No son indicaciones válidas para la admisión presentar exclusivamente necesidades de cuidados mínimos diurnos o otra forma de asistencia no sanitaria derivada de la falta de cobertura familiar durante el horario laboral, o problemas de socialización y/o comunicación, sin otra patología subyacente.

6.3 Programas de hospitalización parcial y actividades

Los programas que desarrolla un HDP son variables y dependen de los objetivos, funciones, filosofía terapéutica e indicaciones. El Hospital de Día Psiquiátrico de la Clínica Puerta de Hierro (CPH) se abrió a principios del año 95 como un recurso del área sanitaria 6 de Madrid ofertado por el Servicio de Psiquiatría de la CPH. El HDP de la CPH está **indicado**, y así se comunica a los psiquiatras que envían a sus enfermos para tratamiento, cuando se presenta sintomatología psicopatológica activa susceptible de tratamiento, se dispone

de apoyo social (familiar o institucional) que permita la cobertura de alojamiento y el aseguramiento en el traslado y asistencia inicial al HDP, y no se presenta la sintomatología en grado tal que incapacite al paciente para trasladarse al HDP y que permita colaborar mínimamente en las actividades y no suponga un nivel de disruptividad en la conducta que afecte a su manejo o repercuta de forma grave en el resto de los pacientes del HDP.

Los **objetivos de tratamiento** en el Hospital de Día Psiquiátrico de CPH han sido uno o más de los siguientes:

- a) reducir o estabilizar síntomas agudos o crónicos;
- b) incrementar las capacidades funcionales mejorando la comunicación interpersonal y la adaptación a su entorno familiar y social;
- c) prevenir el deterioro clínico asegurando el cumplimiento y la conciencia de enfermedad;
- d) evitar el aislamiento y promover la expresión de sus afectos y una adecuada integración en la comunidad.

En estos primeros años de funcionamiento en el HDP se ha puesto en marcha un programa de hospitalización parcial que basa en parte su filosofía en los postulados de la comunidad terapéutica,¹³⁵ complementada con un uso racional de las terapias biológicas y la utilización de una metodología cognitivo-conductual en cuanto a las actividades terapéuticas, establecimiento de objetivos individuales y evaluación de éstos.¹³⁶ Esta orientación permite ofrecer terapias individualizadas y limitadas en el tiempo.

El **proceso terapéutico** de los pacientes se fundamenta en que el ambiente o medio es el agente terapéutico básico. Los componentes de este medio incluyen a los propios pacientes, que se supone contribuyen al tratamiento de los otros pacientes y de sí mismos, al medio hospitalario, y al equipo de terapeutas.

¹³⁵ JONES, M., (1960), *The Therapeutic Community*, New York, Basic Books.

¹³⁶ GOLDBERG, K. (ed.), (1988), «Differing Approaches to Partial Hospitalization» en: *New Directions for Mental Health Services*, nº38., San Francisco, Josey Bass.

La potenciación del poder terapéutico de este medio es tarea fundamental de todos los miembros del equipo. Para crear este ambiente terapéutico hay que cuidar unos principios:

- a) Trabajo en equipo;
- b) La colaboración y la tolerancia hacia los pacientes que fomenta la responsabilidad y participación activa de éstos;
- c) La claridad en las reglas, explícitamente formuladas en el contrato terapéutico, facilitan programas de tratamiento individualizados;
- d) La estructuración del tiempo implica un ambiente predecible y seguro;
- e) El establecimiento de relaciones significativas.

Con estos principios, se crea un ambiente «suficientemente bueno», en el que los pacientes presentan conductas problema que pueden ser observadas, y pueden ensayar pautas de conducta, establecer relaciones, identificar problemas, expresar emociones y sentimientos, y cambiar pautas disfuncionales de relación en un marco seguro. Esto, junto con el trabajo fundamentalmente grupal en el HDP, facilita que en éste se pongan en marcha, siguiendo a Yalom, los factores terapéuticos que funcionan en los grupos.¹³⁷

En las primeras semanas se realiza un intenso trabajo terapéutico centrado en la reducción sintomática, en la facilitación de la comprensión de la enfermedad y en la identificación y tratamiento de conflictos y problemas de conducta. Se realiza mucho trabajo psicoeducativo, siendo uno de los objetivos principales la consecución del cumplimiento y la adherencia al tratamiento. En esta etapa el diagnóstico médico y el tratamiento psicofarmacológico son fundamentales. Según avanza el ingreso se suelen enfatizar los aspectos de rehabilitación de las capacidades personales y los roles sociales, que favorezcan la adecuada integración al alta.

Durante la estancia en el HDP los tratamientos biológicos son un componente integrado en la práctica psico- y socioterapéutica.

En el HDP se incluye a las familias en el proceso terapéutico. Se hacen una o dos entrevistas familiares al principio del ingreso, y se proponen

¹³⁷ YALOM, I.D., (1995), *Theory and Practice of Group Therapy*, New York, Basic Books.

intervenciones pertinentes: entrevistas diagnósticas, sesiones psicoeducativas, tratamiento, o, excepcionalmente, una ayuda para la separación o independencia de la familia, según esté indicado. El grupo para familiares de pacientes psicóticos se convierte en una pieza clave en el tratamiento, tras el alta las familias pueden seguir acudiendo, lo que facilita la vuelta del paciente al medio familiar.

El Hospital de Día tiene un **horario** para los pacientes de las 9.30 a las 14.30 horas, en el que se desarrollan diversas actividades grupales y tratamientos individuales, de manera programada y estructurada. Estas **actividades** incluyen: entrevistas psiquiátricas, grupos comunitarios, grupos de psicoterapia para pacientes con trastornos mentales graves (siguiendo un modelo modificado de Kanas¹³⁸ y Yalom, de habilidades sociales, de educación sanitaria, de pintura y otras formas de expresión plástica, grupos psicoeducativos para familiares, talleres de terapia ocupacional grupales y actividades socioterapéuticas (lectura de prensa, salidas fuera, gimnasia, comida semanal). Estas actividades se describen en la Memoria del Hospital de Día de la Clínica Puerta de Hierro y se describen aquí al final de este apartado.¹³⁹

Además de las actividades en sí mismas, es relevante **la organización de éstas en el espacio y en el tiempo**. Se configura una oferta de actividades que llene el tiempo de la hospitalización parcial, facilite la observación y tratamiento adecuado, y genere un espacio seguro que, en función de las necesidades del paciente, permita combinar tratamiento activo, actividad grupal terapéutica o socializadora y tiempo libre. La combinación de estos elementos, los terapeutas y los pacientes configuran el **medio terapéutico** señalado más arriba.

El personal del HDP de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid está constituido por dos psiquiatras (uno de ellos el jefe del dispositivo), dos enfermeras, dos auxiliares clínicas, y una auxiliar administrativa. Colaboran en actividades concretas una terapeuta ocupacional, una profesora de bellas artes,

¹³⁸ KANAS, N., (1996), **Group Therapy for Schizophrenics Patients**, Washington, American Psychiatric Press.

¹³⁹ CALVÉ, A., IBAÑEZ, V., (1995), **Memoria del Hospital de Día de la Clínica Puerta de Hierro**, Madrid, Clínica Puerta de Hierro, INSALUD.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

y otra psiquiatra (grupo de familias). La **ocupación media** que tiene el HDP en el programa de hospitalización parcial es de unos 20 pacientes/día (de 18 a 24).

6.4 Las actividades terapéuticas grupales.

Una de las funciones principales del Hospital de Día psiquiátrico es propiciar y avanzar en la resocialización de los pacientes que acuden a él. Esta tarea es particularmente importante en aquellos casos en los que la mayoría de los pacientes atendidos son enfermos psicóticos y concretamente enfermos esquizofrénicos.

Dichas actividades resocializadoras se realizan especialmente a través de técnicas grupales que abarcan no solamente tareas encaminadas a desarrollar y mejorar las habilidades sociales del paciente sino también técnicas de psicoterapia de apoyo y de psicoterapia interpretativa no analítica.

En el Hospital de Día de la Clínica Puerta de Hierro se llevan a cabo, de forma regular, las siguientes actividades grupales regladas:

a) Grupo general que tiene lugar durante las primeras horas del comienzo de la actividad del Hospital de Día y que está dirigido a conocer las incidencias ocurridas durante la tarde/noche anterior (período en el que los pacientes permanecen en casa y se incorporan a las actividades cotidianas de la familia) así como realizar una preparación general de las actividades a desarrollar en el centro durante la jornada.

b) Grupos específicos en el que los pacientes se incorporan tras una indicación concreta realizada por su médico responsable y en los que se emplean técnicas psicoterapéuticas, como antes se ha dicho, dependientes del caso, del estado de actividad del padecimiento psicótico, de la gravedad del mismo y del momento evolutivo.

Las técnicas usualmente más empleadas están dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales, acciones psicoeducativas sobre la naturaleza de la enfermedad esquizofrénica, la necesidad del tratamiento y las acciones de la

medicación (incluyendo explicaciones acerca de los efectos secundarios más frecuentes y la forma de aliviarlos) y terapia de apoyo destinada a mejorar y facilitar la adaptación de paciente a la enfermedad y al medio.

Asimismo se realizan actividades grupales de carácter igualmente psicoeducativo con los familiares directos (especialmente los familiares cuidadores) del paciente.

Un tipo especial de actividades grupales lo constituyen aquellas técnicas en las que emplean «objetos intermedios» en la comunicación con el paciente o bien se centran en la mejora de habilidades manuales y/o expresivas no verbales. Es el caso de los talleres de terapia ocupacional y el grupo de pintura.

6.5 Función del HDP en la red de servicios de salud mental

Según los datos del año 98 el 15% de los pacientes derivados al HDP no comienzan el tratamiento, bien porque no aceptan la propuesta, no son aceptados por el equipo evaluador (siempre son entrevistados por un psiquiatra y si se piensa que no deben ser aceptados se discute el caso) o abandonan los primeros días. No tenemos datos suficientes que determinen perfiles sociodemográficos o clínicos que distingan estos grupos de pacientes de los que empiezan el tratamiento.

El **diagnóstico** es de psicosis en el 63,8%, trastorno personalidad y neurosis en el 17.1%, trastornos afectivos un 12.5% (depresión un 5,7% y manía un 6,8%), trastorno adaptativo un 3,4%, y otros diagnósticos un 2,3%. Estos datos son similares a lo referido en otros HDP de nuestro entorno¹⁴⁰ con, tal vez, menor proporción de trastornos de personalidad.

La **edad media** de los pacientes en los últimos años ha sido de 31 años, la **duración media de la enfermedad** de 6 años y los **antecedentes** de más de dos ingresos indican que el perfil medio es el de psicóticos jóvenes que tras varios años de enfermedad se desadaptan en su funcionamiento social (Bland –índice de cronicidad y gravedad– medio entre el rango de déficit periódico grave o crónico medio) y requieren un abordaje intensivo de su trastorno.

Hay un grupo de pacientes que presenta un primer o segundo brote psicótico que son derivados para adecuar la conciencia de enfermedad y la prevención de recaídas, y un pequeño número de pacientes con gran aislamiento, que no acuden a otros recursos, y que se derivan con el objetivo de movilizarles, ajustar el tratamiento, mejorar su comunicación y fomentar su rehabilitación.

Los **problemas** más frecuentemente tratados han sido síntomas agudos: 71,9%, problemas de cumplimiento: 48,5%, dificultades crónicas de

¹⁴⁰ FÁBREGAS, J., (1989), «Indicaciones y ubicación del Hospital de Día en el circuito asistencial», *Informaciones Psiquiátricas*, (pp.117-118 y 387-400).

conducta: 40,7%, aislamiento: 29,7%, dificultades de adaptación familiar: 20,3%, síntomas crónicos: 17,2%, lo que es coherente con las funciones que cumple: alternativa a tratamientos tanto en régimen de ingreso (para acortarlos) o ambulatorios.

La **estancia media** ha sido de 3 meses, pero hay bastante variabilidad, con pacientes que están solo 2 semanas y otros 9 meses. Esto, junto con los datos de las funciones que cumple el HDP, refleja su uso polivalente pues, si bien es utilizado mayoritariamente por la Unidad de Corta Estancia para acortar ingresos, en la mayoría de estos casos secundariamente se cumple también la función de transición a la comunidad o inicio de la resocialización, lo que alarga la estancia. Los demás casos, procedentes del equipo de salud mental ambulatorio, suelen requerir también estancias de varios meses para ser alternativa eficaz al tratamiento ambulatorio.

Por otro lado, la metodología de tratamiento con una programación por objetivos y con límite de tiempo, facilita que las estancias no se prolonguen más allá, evitando la institucionalización de los pacientes¹⁴¹. En la mayoría de los casos tras 2–6 meses de terapia se ha producido el suficiente cambio para poder incorporarse a recursos comunitarios más normalizados que el HDP. Cuando esto no es posible y el paciente necesita más tiempo de rehabilitación, el trabajo coordinado con el Centro de Rehabilitación del Área (a través del equipo comunitario) y con las trabajadoras sociales de los equipos ambulatorios permite muchas de estas transiciones, facilitando la entrada de estos pacientes en actividades fuera del HDP. La posible permanencia en terapia de grupo y en consulta durante un periodo de transición es otro factor que facilita las altas y evita la institucionalización.

La mayoría de las **derivaciones**, como es natural en un HDP perteneciente a una red integrada, son al equipo de salud mental ambulatorio. Un 15%, de acuerdo con este equipo ambulatorio, fueron derivados directamente a recursos rehabilitados (evitando al paciente circular por dispositivos innecesariamente), y una pequeña parte tuvieron que reingresar en la unidad de agudos por empeoramiento (5%).

¹⁴¹ ALTHOFF, J.G., (1980), «Time Limits in and Leave from a Day Treatment Program», en: *Hosp. Comm. Psychiatry*; 31 (12) (pp. 841-844).

6.6 Conclusiones

En el HDP se trata fundamentalmente la sintomatología aguda de pacientes psicóticos jóvenes, u otras descompensaciones de trastornos graves (t. afectivos, t. de personalidad), con varios años de evolución de la enfermedad y varios ingresos. Los pacientes aprenden a encajar su experiencia en su desarrollo evolutivo, toman conciencia de enfermedad, se adhieren al tratamiento y se incorporan satisfactoriamente a su medio, evitando recaídas. Sería conveniente desarrollar una política activa en el área de detección precoz de la psicosis y de su tratamiento en HDP en sus estadios más iniciales. La estancia de tres meses es suficiente para que el HDP cumpla una función de acortamiento de ingresos, transición a la comunidad y alternativa al ambulatorio con un modelo específico de tratamiento. En el contexto del HDP, orientado a lo grupal, existe el peligro para los pacientes de perder sus objetivos y metas personales, convirtiéndose el tratamiento institucional en un fin en sí mismo, y no en un medio para mejorar el funcionamiento en la comunidad. Se ha formulado en ocasiones la crítica de que los HDP se pueden convertir en manicomios de día¹⁴², nueva representación de la «institución total». Por tanto, una labor fundamental es la formulación de objetivos terapéuticos individualizados, orientados al alta del paciente.

¹⁴² HOGE, M.A. et al., (1992), «The Promise of Partial Hospitalization: A Reassessment», en: *Hosp. Comm. Psychiatry*; 43(4): (pp. 345-354).

7. TALLERES DE ARTE EN UN HOSPITAL DE DÍA

7.1 Toma de contacto

Ya antes de la llegada al hospital estaba decidido que se iba a tratar a los pacientes como «alumnos/as». El objetivo era averiguar quiénes eran, cómo eran, cuál iba a ser su actitud y, desde luego, cómo pintaban. Lo interesante era tener una opinión propia, sin dejar que influenciaran en ella ni el personal del hospital, ni los médicos y menos todavía la enfermedad. Para ello tampoco hacía falta conocer los historiales clínicos porque sólo habrían podido dificultar una toma de contacto natural. Se trataba de ganar su amistad y confianza como en una relación normal sin pensar siempre que había que tratarlos según unas reglas establecidas. Lo que interesaba era una relación más abierta.

Cuando en este trabajo se mencionan los alumnos/as en el contexto de la enfermedad, se llamarán pacientes, esto es el caso en las descripciones clínicas o en el capítulo dedicado a la esquizofrenia. De hecho se trata de pacientes que acuden a un centro especializado de tratamiento psiquiátrico. No se utiliza el termino cliente (como es habitual en los arte terapeutas especialmente cuando se refieren a tratamientos individuales) porque en el Hospital de Día las prácticas se consideran como sesiones de expresión plástica y no de arte terapia.

En una primera entrevista con el director y el psiquiatra que llevaban los casos, éstos fueron informados sobre esta idea. Era necesario convencerles de que estaba seguro en lo que pedía, porque no lo consideraban «común», les parecía muy atrevido. Dijeron que normalmente las personas tenían miedo y querían informarse por lo menos sobre la actitud habitual de los pacientes para saber cómo reaccionar en ciertos momentos. Sin embargo, la idea les gustó y dijeron que podía llevarse a cabo así, de todos modos el historial clínico estaría a la disposición en cualquier momento.

El Hospital de Día, se aloja en la calle Reina Victoria 21, en la cuarta planta del edificio. Los pasillos son amplios y las paredes están pintadas de blanco y decoradas con varias obras de pacientes, lo mismo que los

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

despachos de los médicos. El hecho de que los alumnos/as ven sus trabajos expuestos es importante. Una de las cosas que pueden impresionar al visitante, aunque es inevitable, es que todas las salas tienen grandes ventanas que permiten entrar a la luz pero todas tienen cerraduras. . La impresión general que causa el sitio es la de un hospital sin ninguna connotación psiquiátrica.

7.2 En el taller

7.2.1 Algunas consideraciones sobre enseñanza especial

Cuando hablamos de «enseñanza especial», nos referimos a la enseñanza a personas discapacitadas, personas con problemas psíquicos o una enfermedad mental. En su mayoría son personas que con mucha probabilidad no sepan nada de arte, nada de su fuerza, de su magia. No han tenido la oportunidad de usar los colores, ni de tocar los pinceles, ni usar cualquier otro tipo de material para poder crear. El arte no sólo desempeña funciones estéticas sino que también es de gran importancia su función social y personal. Especialmente en la enseñanza especial estas funciones sociales y personales recobran un sentido importante porque pueden ser un factor importante en el proceso de integración. «Se persigue la expresión del mundo afectivo y de la visión y vivencia de la realidad por el alumno, desarrollando el deseo de autoexpresarse, el pensamiento divergente y el contacto con técnicas y materiales», escribe José Antonio García Fernández y sigue: «Para hacer más libre la expresión debemos dotarles de técnicas y materiales que se pongan al servicio de lo que desea manifestar, vehiculizando sus ideas y pensamientos».¹⁴³

Las imágenes pueden crear claridad de expresión, en especial con respecto a ciertos aspectos que son difíciles de decir. Simbolizar sentimientos y experiencias a través de imágenes puede constituir un medio de expresión y de comunicación más poderoso que la descripción verbal y, al mismo tiempo, al expresar algo por la plástica hace que los malos sentimientos y experiencias se vuelvan menos amenazadores.

Las personas con problemas necesitan que se les anime, porque la capacidad de expresión es muy importante para ellos. Es cierto que la creencia

¹⁴³ GARCÍA FERNÁNDEZ, José Antonio, (1986), *Psicodidáctica y organización del aprendizaje para deficientes en régimen de integración*, Madrid, Uned, (pp. 122 y 123).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

en la propia capacidad de sobrevivir puede convertirse en un factor decisivo para superar una enfermedad grave y el deseo de luchar es un arma importante en el arsenal del médico. Pero asimismo es verdad que las personas necesitan que en sus vidas haya una esperanza para seguir adelante.¹⁴⁴

¹⁴⁴ Véase tb. TILEY, Pauline, (1991), *Educación especial*, Barcelona, CEAC.

7.3 Sistemática de las clases

Como se ha mencionado anteriormente, las clases empezaron a darse en el hospital sin conocimiento previo del historial clínico de los pacientes, se pretendió quedar fuera de esquemas estereotipados, conocer a los pacientes como si fueran nuevos amigos y amigas. No eran pacientes sino alumnos/as pintores y así se les va a llamar en las siguientes páginas.

El primer día de taller fue como una segunda entrevista. Los alumnos/as ya sabían que iban a hacer algo diferente, algo que no era terapia ocupacional pero que tenía que ver con pintura. En el programa semanal se había anunciado como «taller de pintura». Preguntaron si la iba a dar una profesora de pintura «de verdad», si había hecho la carrera de Bellas Artes, si les podía enseñar a pintar bien, si sabía que ellos eran enfermos, esquizofrénicos, si la profesora pintaba, si les iba a hablar de arte, y de los colores también. Aunque en esta «tormenta» de preguntas no participaron todos, fue muy estimulante porque estaba claro que les interesaba o por los menos les despertaba curiosidad. Era obvio que lo que hacían hasta entonces les aburría, cada día hacían lo mismo, había que aprovechar tanta curiosidad y atracción para introducirlos en la nueva sistemática.

En el hospital hay una sala que se destina a las actividades de terapia ocupacional, de vídeo, de ejercicios físicos y también para la pintura. Esta sala se ofrece, no tanto por el material o de la manera que está equipada, pero sí por la luminosidad ya que tres partes de las paredes son ventanas. Está amueblada con sencillez, dos muebles donde se guardan los materiales de pintura: los acrílicos, pinceles, paletas, hojas de papel, periódicos viejos y revistas, botes del cristal para el agua. Hay un escritorio para guardar en sus cajones todos los objetos que no pueden estar a la vista: tijeras, cuchillos japoneses y cualquier otra cosa que podría ser peligrosa para el alumnado. También hay unas mesas grandes donde se realizan los dibujos, sillas y un fregadero para lavar los pinceles y preparar las pinturas.

Para llevar a cabo los dibujos se había decidido trabajar con pinturas acrílicas, ya que son más fáciles de mezclar, secan muy rápido lo que permitía a los alumnos/as trabajar con más libertad. Era más fácil porsí querían cambiar algo

en su dibujo o pintar por encima sin esperar mucho tiempo hasta que se secara. Los colores eran los primarios: azul, rojo, amarillo, más blanco, negro y marrón, un color que les gustaba mucho utilizar y que pedían siempre. Se habían elegido estos colores para darles la oportunidad de crear cada uno su propia gama. Cada uno tenía un pincel de tamaño medio y había algunos más finos y más gruesos disponibles para que los usaran todos. Los dibujos se realizaban en láminas de papel y siempre del mismo tamaño.

Las clases se impartían una vez por semana y duraban dos horas. Se dividía el tiempo de la siguiente manera: el primer cuarto de hora para las instrucciones, la introducción o las recomendaciones o las propuestas por parte del alumnado. Luego una hora y cuarto para pintar, o en el caso que se iba a enseñar algo de teoría, se dedicaba media hora a ello y les quedaba sólo una hora para la pintura. La última media hora estaba reservada para los comentarios sobre los dibujos.

Durante las sesiones se llevaba siempre un cuaderno — un diario de campo — donde se anotaban todas las reacciones y las conversaciones. Los comentarios que hacían los alumnos/as sobre los dibujos y la pintura en general. Lo mismo se apuntaba el tema de la actividad y el programa de la clase.

Mis objetivos para estas prácticas fueron los siguientes:

1. Conseguir el bienestar del paciente a través de la expresión plástica.
2. Estudiar la expresión pictórica de los pacientes y su evolución.
3. Estudiar la capacidad de reacción de los pacientes ante temas concretos.
4. Desarrollar la comunicación entre los pacientes y el mundo extraclínico.
5. Animar a los pacientes a descubrir sus capacidades y saber usarlas.

7.3.1 Crear un ambiente apropiado

Los primeros minutos solían dedicarse a un intercambio amistoso. Los alumnos/as contaban alguna experiencia del fin de semana y preguntaban sobre lo que había hecho la profesora. Se pretendía crear un ambiente diferente de las demás actividades, más libre más amistoso, sin límites de formalismos, intentando ganar su confianza para poder despertar la necesidad de expresarse. En muchos casos la comunicación oral era muy difícil, casi imposible por lo que se quería impulsar la utilización de la expresión artística. Por ello la decisión de empezar estas prácticas de una manera «ciega», quizás un tanto instintiva. Las prácticas se empezaron sin consultar previamente ningún manual, ni guía de prácticas, tampoco se pretendía utilizar unos métodos determinados conocidos ya como tests psicoanalíticos, el test del árbol, de la casa, la familia, no había ninguna intención de hacer psicoanálisis, ni de repetir todos los temas ya utilizados en la terapia ocupacional.

Las sesiones de pintura se acompañaban siempre con música de varios estilos, de distintos países, a veces clásica, otras moderna, según el tema que se proponía. Al principio a los alumnos/as les parecía extraño, pero después empezó a gustarles mucho y empezaron a hacer peticiones. Poco a poco se iban acostumbrando y lo disfrutaban tanto que muchas veces pedían que se les pusiera música griega porque querían saber qué escucha la gente de ese país. «No son importantes las letras», decían, «no las entendemos pero nos gusta la música... Nos ayuda a olvidar nuestros problemas y concentrarnos en la pintura». «La música es un calmante, nos hace viajar: a tu país, al campo, a la luna», decía otro.

Estos «viajes» se utilizaban a veces como medio de escapada de la realidad, como si fuera un vehículo que los llevaba hacia la pintura. Al principio escuchaban la música con los ojos cerrados, intentando vaciar la mente de pensamientos, solamente escuchaban y seguían la melodía con la imaginación, luego se les comunicaba el tema o el título y se les decía que tenían que imaginar algo con colores y luego pintarlo. Este método de introducción en el taller les hacía olvidarse del hospital, las tareas, los médicos, los problemas y entrar en el mundo del arte suavemente. Esta distracción mediante las notas musicales no tenía otro motivo que la serenidad y la producción de imágenes

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

pictóricas, ambición muy exitosa, porque una vez con los ojos abiertos solían empezar a pintar en seguida, sin ningún bloqueo frente a la superficie blanca.

7.4 Algunos ejemplos del diario de campo

11 de febrero, 1998

Actividad: Dibujar el retrato de una persona del curso o de un amigo de memoria.

Objetivo: Aprender a mirar y observar a sus compañeros. Durante la clase anterior me había dado cuenta que no se miraban. Poca observación, parece que no les interesa nada. Cada uno hacía su dibujo sin hablar, ninguna comunicación entre ellos, mi presencia era la única cosa importante en la clase. Yo era la nueva, la extranjera. Me di cuenta que esto les parecía atractivo, todo lo demás en el hospital los aburría, cada día lo mismo, los médicos, la medicina, el desayuno, las actividades ...

Voy a aprovechar la situación. Tengo que animarlos, con algo nuevo, quizás.

Me quedo fuera de esquemas estereotipados, quiero conocerlos como si fueran nuevos amigos. Ni siquiera me interesa conocer el historial médico.

Pongo música. ¡Ninguna reacción! No quieren hacer nada, dicen que no saben dibujar una persona. Después les parece un poco cómico y empiezan.

Comentarios: «He dibujado a Jesucristo porque es una persona importante. ¿No? Con pelo largo por supuesto. Pero el color no ha salido muy bien, lo quería más rubio, ... este azul es su túnica, el traje que llevaban antes...».

Al final me dijeron que les había gustado la música y si iba a poner otra vez. Querían saber qué íbamos a hacer la próxima vez. Pedro preguntó si era una profesora de arte de verdad y si iba a enseñarles «cubismo» y si conocía a Picasso. Contó que a él le gustaba la pintura abstracta.

18 de febrero, 1998

Actividad: Tenían que cerrar los ojos durante cinco minutos, relajar y escuchar la música. Después dibujar escuchando la música y poner un título según la música.

Objetivo: Ampliar su imaginación, o mejor dicho, enseñarles a usarla.

Comentarios: «Me gustó mucho la música. Me sentí muy bien, pero no quería dibujar nada específico. Quería hacer algo abstracto. He puesto el título *Colores de la noche*. El negro de la noche es mi enfermedad, sabes que soy esquizoide, ¿no? Y los colores son los días en los que yo estoy bien».

Comentarios: «Con esta música me sentía muy bien, olvidé mi enfermedad. Me acordé del mar. Me gustaría dormirme escuchando las olas y no pensar en nada, sentir que no estoy enfermo».

11 de marzo, 1998

Actividad: Título «Primavera»

Objetivo: Animarles a observar y disfrutar de la revolución de la naturaleza de modo que pudieran «traducirlo» de manera pictórica. Descubrir la sensación que les producía el cambio de la estación y si tenían ganas de salir.

Normalmente, la mayoría de ellos en cuanto se acaban las actividades, vuelven a casa y no hacen nada hasta el día siguiente cuando tienen que regresar al hospital. No tienen amigos y tampoco salen con ningún miembro de la familia.

Comentarios: «Me gusta la primavera porque puedo salir al campo, no tengo que trabajar. Me pongo mis gafas negras, no veo nada, no quiero saber nada ni de nadie».

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

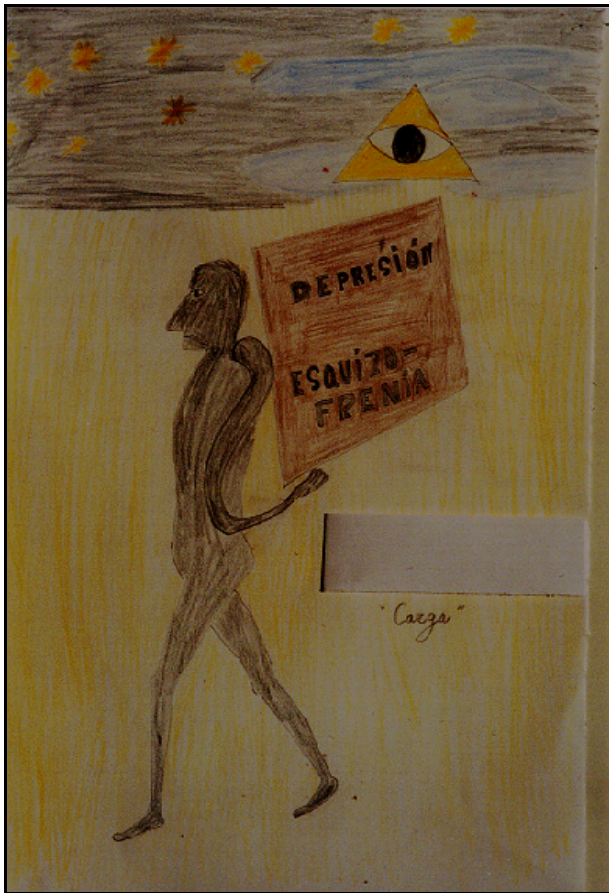


Ilustración 38: Santiago, «La carga». Obra hecha en la actividad «Primavera»

Comentario de Santiago: «La carga de la vida. De mi vida. Depresión y esquizofrenia. Así soy yo, negro con la carga de la enfermedad. Pero ahora en la primavera, Dios — el triángulo amarillo — va a tener más tiempo para mirar a mi parte y va a ayudarme. Me va a quitar este peso de la esquizofrenia».



Ilustración 39: Rubén, «Primavera».

Comentario de Rubén: «Contemplación. Me gustaría estar en el campo tranquilo. Cerca de la naturaleza, no me gusta estar en la ciudad no tengo nada que hacer, no conozco a nadie, no tengo amigos. En el campo no me siento solo, hay árboles...».

Otras propuestas de títulos fueron: «¿Hay melodía en el silencio? ¿De qué color es?», «Una ciudad imaginaria», «Un día en el campo», «Una vez en el pasado» Estos títulos servían para despertar la imaginación, jugar con la fantasía, sustituir las palabras por colores, romper el silencio con la pintura, descubrir los sentimientos y las ideas a través de la expresión artística. El título es el motivo para la excitación de la imaginación, para tener un punto de partida para luego poder desarrollar más el tema y sacar una nueva idea para la obra. Cuando querían podían cambiar completamente el título, además al final siempre tenían que poner su propio título a la obra, esta libertad les fascinaba, les daba mucha ilusión pensar sobre un tema y crear su propia idea/dibujo, buscar el título, intentar poner cada vez algo más personal. Les gustaba porque nadie les decía qué tenían que hacer ni cómo, la decisión era siempre suya, los resultados eran diferentes ninguno hacia su dibujo igual que el otro, cada uno estaba con lo suyo.

En una sesión el título fue «Viaje al universo». Unas de las interpretaciones fueron «Meteoritos», «Paisaje azul», «El mar», «Estrella y luna», «Atardecer», «Aviones sobre el mar». No parecía que los dibujos se hubieran hecho en el mismo sitio, en la misma mesa de trabajo, uno al lado del otro, utilizando las mismas pinturas. A pesar de todas estas circunstancias convergentes, en los dibujos se encontraba una gran riqueza de tonos y de matices. En referencia a la temática de las obras también solía surgir una gran variedad, lo que enriquecía mucho los resultados pictóricos.

7.5 Dibujar un cómic

Una de las actividades que se realizó fue dibujar una historieta de *cómic*. El *cómic* es un recurso que puede utilizarse en los distintos niveles de la enseñanza (por tanto también en la enseñanza especial) y en diversas áreas del conocimiento. La incorporación de estos recursos en el aula permiten:

1. Ayudar a pensar y a imaginar.
2. Investigar diferentes fuentes de información.
3. Estimular métodos de análisis y síntesis.
4. Favorecer el desarrollo del pensamiento lógico.
5. Poner el conocimiento en el lenguaje utilizado por el alumno.
6. Poner a los alumnos/as en situación de comunicadores.
7. Motivar, entretener, informar.

Se comienza a explicar, en rasgos generales, como se puede hacer y se enseñan algunos ejemplos, sin profundizar demasiado en la teoría, para no cansar al alumnado. Es preferible darles libertad porque así se encuentran más a gusto, más animados, si se piden muchas cosas concretas, se bloquean porque no se sienten capaces de realizarlas, por eso es mejor hacerlo de la manera más sencilla: primero elegir los personajes, ponerse de acuerdo sobre una idea general y después cada uno dibuja su viñeta. Luego, una vez terminados los dibujos, se colocan en la pared y todos juntos ponen en orden las viñetas y contar la historia...

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Esta fue la clase en la cual los alumnos/as del Hospital de Día escribieron y dibujaron un *cómic*:

Personajes: Un chico, JUAN, una chica, MARIA y ¡un perro! RASKA.

Tema: «Las vacaciones de verano de María y Juan».

Se puso música y al poco tiempo empezaron a pintar. De vez en cuando miraban el dibujo de sus compañeros porque sentían curiosidad por el resultado. Algunos hasta cantaban y les resultaba muy divertido lo que estaban haciendo...

Los dibujos en la pared. Al principio era un caos, no sabían cómo ponerlos en orden, cómo empezar y cómo terminar la historia. No se ponían de acuerdo cuál va primero y cuál seguía.

Es importante que ellos mismos buscaran las soluciones con la mayor libertad posible. Se reían mucho escuchándose unos a los otros, parecía que el taller funcionaba, la actividad en sí misma, todo el proceso tenía algo de cómico.

Pero ¿quiénes eran los protagonistas? ¿Los personajes de las viñetas o los alumnos/as? Risas, alegría, ideas, palabras, apenas se oía la música. Ninguno de ellos tenía la misma expresión en su cara como al principio, durante algunas horas la tristeza había desaparecido.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos



Ilustración 40: Abel, «Atardecer. Enamorados».

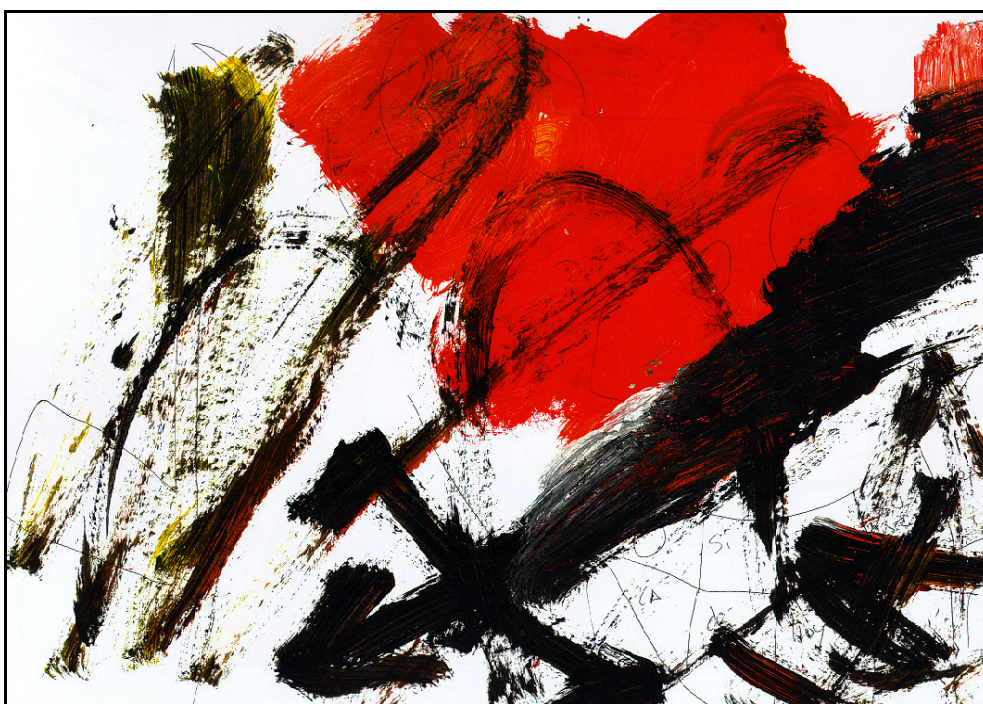


Ilustración 41: David, «Un día radiante y luminoso. Amanecer en Malta».

Los resultados de esta actividad fueron muy buenos. Fue un éxito tanto por el lado artístico como también por la colaboración entre los alumnos/as en el proyecto de un trabajo colectivo. No se observó ningún sentimiento de envidia o de mal entendimiento entre ellos, al contrario, los comentarios sobre los dibujos de sus compañeros fueron muy interesantes, incluso en algunas ocasiones intentaban mejorar los dibujos de sus compañeros proponiendo algún elemento nuevo. Había siempre mucho respeto entre ellos, y los comentarios o los chistes eran suaves y sin ánimo de ofender.

Lo fascinante fue observar cómo habían desarrollado el tema y la facilidad de combinar los dibujos y montar la historieta. Las ideas solían ser interesantes e inteligentes, los dibujos sabrosos y graciosos, no parecían dibujos de personas que hacían un *cómic* por primera vez. A los alumnos/as les encantó la actividad y la historia que surgió les gustó tanto que pidieron hacer una segunda parte la semana siguiente...

7.6 Cuadros colectivos

Otra de las actividades grupales fue la actividad lúdica de componer un cuadro colectivo, en el que participaran varios pintores. Se procedió de la siguiente manera: cada uno tenía a su disposición ocho minutos para hacer un dibujo en una parte de la hoja, luego lo tenía que pasar a su compañero al lado para que éste continuara completando el dibujo durante otros ocho minutos, de esta manera cada uno tenía que utilizar rápidamente su imaginación para observar, componer y continuar la obra. El cuadro colectivo quedaría terminado si alguno de los pintores, lo considerara ya completo, en este caso no sería necesario llegar hasta el último pintor del círculo. Esta actividad les enseñó a utilizar su imaginación con rapidez ya que con el esfuerzo no tenían tiempo para distraerse con otras cosas, de hecho podía ser un ejercicio de concentración en la creación pictórica. La actividad también servía para aprender a colaborar en una obra común y para fomentar la confianza entre los alumnos/as, la confianza es lo que más les suele costar porque están acostumbrados a hacer cada uno lo suyo. Se sentían orgullosos de sus propias obras y por ello, al principio, no se querían dejar su dibujo a los compañeros, luego entraron en el juego y

empezaron a disfrutarlo, aún teniendo curiosidad para ver los resultados, cómo habían comenzado ellos y cómo lo acababan los demás...

Una vez terminados los dibujos y colgados en la pared, cada uno reconocía su parte y comentaba cuál había sido su intención y cómo lo veía terminado. Luego, los que habían trabajado en el mismo dibujo explicaban lo que habían interpretado del dibujo, lo que habían querido hacer y si les había gustado el resultado. Al final debieron ponerse de acuerdo en la búsqueda de un título adecuado.

Los productos finales fueron de mucho interés teniendo en cuenta lo difícil que es para ellos, primero confiar sus obras a los demás, y a continuación adaptarse a otras ideas y buscar una solución para el próximo dibujo y finalmente repetir el proceso para el siguiente. Sin embargo en muchos de los dibujos conseguieron una combinación muy armónica y aunque en ocasiones es obvio que se trata de una obra de varios autores, el conjunto es de bastante valor artístico, precisamente porque es un festín de colores, de diferentes líneas, motivos y matices.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos



Ilustración 42: Trabajo colectivo 1.



Ilustración 43: Trabajo colectivo 2.

7.7 Viaje a otro país y cuentos

Una actividad diferente es la de «Un viaje a otro país». En una ocasión el país elegido fue Túnez, se consiguieron unas fotos y documentos de un viaje a Túnez de una fotografía y una cinta con música del país, se mostraron las fotos a los alumnos/as y luego, con la música puesta y los ojos cerrados, se les propuso hacer un viaje imaginario a Túnez, mezclarse con la gente, oler el aire, caminar por las callejuelas, saborear la comida para después pintar una escena de lo que habían visto en su imaginación.

Con esta labor artística imaginaria se pretende despertar su curiosidad para otros lugares y paisajes. Otro objetivo del ejercicio es despertar el interés de los alumnos/as por las costumbres de personas de nacionalidades y culturas muy diferentes a la suya. En las fotos de Túnez se podían apreciar muchos detalles de las casas, de los mercados, de la gente comiendo, bailando, tejiendo telas bonitas. Les gustó la idea y dijeron que habían visto varias imágenes durante el «sueño», más adelante se pudo comprobarlo en los dibujos que naturalmente reflejaban la influencia de las fotos, pero estaban muy bien conseguidos, tanto en la idea pictórica como en la combinación de los colores. Durante toda la temporada de prácticas en el hospital se hicieron varios «viajes imaginarios» más, con la ayuda de fotos o mediante la lectura de cuentos.



Ilustración 44: Luis, «Sin título». Dibujo realizado a partir de la actividad «Viaje a Túnez».

La lectura de cuentos es otra vía interesante para despertar la inspiración, animar la imaginación y la curiosidad. La primera experiencia fue con uno de los **Cuentos de la Alhambra** de Washington Irving¹⁴⁵, «El Patio de los Leones». Al principio se leyó entero y luego se dividió en párrafos y lo leyeron los mismos alumnos/as, al final, entre todos se comentó el relato que les había emocionado y gustado mucho. La actividad consistió después en visualizar las impresiones y pintarlas.

Este método tuvo éxito, ya que dentro del cuento había muchas escenas que en el alumnado produjeron una serie de imágenes para las obras, esto es fundamental para la creación porque la idea inicial resuelve gran parte de la obra. El saber estético y la capacidad de ejecución de una creación tendrían poco sentido sin una idea o inspiración inicial que quiere ser realizada.

Los alumnos/as siempre habían tenido la necesidad de expresarse pero no sabían cómo, hasta que en el taller de la pintura encontraron una

¹⁴⁵ IRVING, Washington, (1991), **Cuentos de la Alhambra**, Madrid, Espasa Calpe.

oportunidad, aún así faltaban las ideas, unas nociones básicas de técnica, la motivación y la inspiración. Un cuento, una historia siempre facilita la producción de imágenes por las descripciones de personajes, lugares, paisajes, momentos o situaciones. Un cuento es como una película con la diferencia de que el lector puede cambiar las cosas y crear un escenario nuevo según su gusto, sus emociones o conceptos que tiene de las cosas, así que la misma historia puede traducirse a un lenguaje pictórico en muchas versiones distintas.



Ilustración 45: Leonardo, «Cuento de la Alhambra».

Dentro del mismo concepto de conocimiento de otros lugares a través de diferentes descripciones y con la idea principal de impulsar la imaginación de los alumnos, se repitió la actividad con otros autores como Carlos Salazar Herrera y su libro **Cuentos de angustias y paisajes** donde describe Costa Rica, su país natal. «La presencia de Costa Rica», dice Lilia Ramos en un artículo sobre los cuentos de Salazar Herrera, «es diáfana, certera, vigorosa, en las páginas de su obra, firmamento, suelo... aire, sol y luna. Montaña, alcor y llanura... río, mar, costa o ribera... golfo, bahía, playa, litoral. Fauna, gente, flora».¹⁴⁶

¹⁴⁶ HERRERA SALAZAR, Carlos, (1990), **Cuentos de angustias y paisajes**, San José, (contraportada).

Mientras que en el libro de otro autor costarricense, de Carlos Luis Altamirano, ***Cuentos del Tárcoles***¹⁴⁷, nos enfrentamos en relatos breves a la descripción del río Tárcoles y sus alrededores de manera sensible pero llena de fuerza expresiva. En esta colección de relatos el autor nos habla de los ríos y mares limpios, de la luz, de los bosques espesos y los caminos estrechos dónde vuelan muchas especies de aves, y en cuyas páginas los animales salvajes se pasean por los árboles gruesos y frondosos, en ocasiones llenos de frutas exóticas o de flores de colores brillantes.

Mediante los cuentos se hicieron viajes imaginarios a Costa Rica o a Andalucía, por medio de fotos a Túnez y Grecia donde coleccionaron muchas imágenes, emociones e ideas. Aprendieron cosas de la vida diaria de la gente, cómo es un «quetzal», de qué colores son las «lapas», de la naturaleza en general, para aplicar luego todos los nuevos conocimientos a sus obras.

La curiosidad y el interés con los que recibían cada nueva propuesta hizo que se buscara mucho más dentro del mundo de la literatura y llegar hasta la poesía. Los poemas les gustaron todavía más, las reacciones en las clases fueron muy positivas: «Así pintamos mejor, así aprendemos más y no hacemos siempre lo mismo. Cada vez nos espera una sorpresa. Nos gustan los jueves (el día de taller de pintura), las novedades, la pintura». Con estas palabras y con los dibujos daba ánimos para seguir investigando la manera más adecuada para sacar los sentimientos y las emociones escondidas por medio de la expresión artística. En la pared los dibujos no decepcionaban, al contrario, cada vez que se observaba un pequeño progreso, se sentía que se podían alcanzar todavía mejores resultados.

¹⁴⁷ ALTAMIRANO, Carlos Luis, (1993), ***Cuentos del Tárcoles***, San José, UNED.

7.8 Inspiración poética

La selección de la poesía y de la narrativa se hizo con mucho cuidado, de autores que escribían con sensibilidad y que eran descriptivos. Se comenzó el ciclo de poesía con un poema de Fernando Pessoa:

*No basta abrir la ventana
Para ver los campos y el río.
No es bastante no ser ciego
Para ver los árboles y las flores.
Es necesario también no tener filosofía ninguna.
Con filosofía no hay árboles: hay sólo ideas.
Hay sólo cada uno de nosotros, como una cueva.
Hay sólo una ventana cerrada, y todo el mundo allí fuera;
Y un sueño de que lo que se podría ver si la ventana se abriese,
Que nunca es lo que se ve cuando se abre la ventana.¹⁴⁸*
(Poemas de Alberto Caeiro)

Después de leer el poema, lo analizaron entre ellos y seguidamente hicieron un dibujo sobre el texto. Los poemas, aunque al principio podían resultar difíciles de entender, daban lugar al descubrimiento de una variedad de escenas o mensajes que cada uno podía interpretar de diferente manera.

En la actividad sobre el poema de Pessoa algunas de las versiones fueron:

¹⁴⁸ PESSOA, Fernando, (1998), **42 poemas**, Madrid, Grijalbo, (p. 34).

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos



Ilustración 46: Antonio, «La lucha»

Comentario: «La ventana está abierta pero tiene alambres como una cárcel, las flores están luchando para salir fuera».

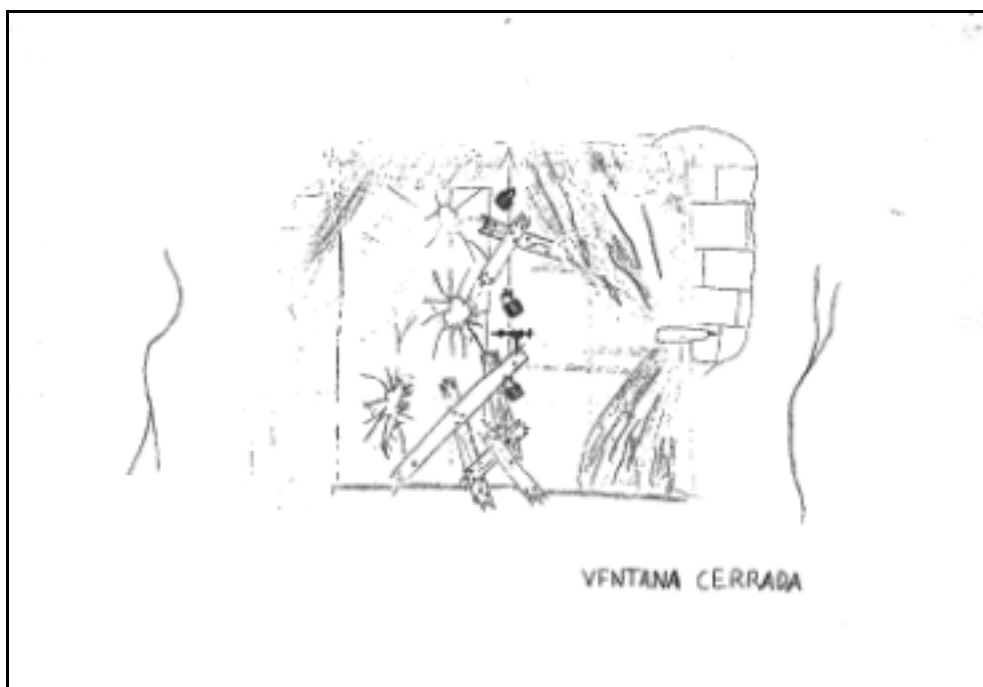


Ilustración 47: Rubén, «Ventana cerrada».

«No quiero abrir la ventana. No quiero. Prefiero que quede cerrada. Prefiero estar solo, tengo miedo. ¿Si la abro y no hay nadie? Y si hay alguien y no quiere estar conmigo, me voy a sentir todavía peor. Me gustaría ver el mundo fuera pero tengo miedo. He puesto cerraduras y la he clavado con madera para que no se abra nunca. A lo mejor fuera es todavía más horrible». (Rubén)

En otras sesiones se leyeron más poemas de Fernando Pessoa, otros de Federico García Lorca y también de dos poetas griegos, de Constantinos Kavafis y de Georgios Seferis, para ampliar su conocimiento y variar la gama de los colores. Estos poetas de distintos países tienen un estilo y ritmo diferentes y estas diferencias provocaban una variedad en la expresión pictórica y en los motivos de los alumnos/as.

7.9 Nociones básicas de técnica

Mientras que para despertar la inspiración se pueden utilizar los métodos que se han mencionado anteriormente, para una mejor expresión artística son necesarias de vez en cuando unas cortas clases de teoría sobre los colores, la perspectiva, las formas, las pinceladas, líneas. Tienen que ser cortas porque estos alumnos/as (como la mayoría) no tienen la paciencia necesaria para escuchar durante mucho tiempo. Sin embargo a una charla corta prestaban mucha atención porque les parecía interesante, y en muchas ocasiones ellos mismos preguntaban cosas sobre la pintura o los artistas.

Para la consolidación de la teoría se buscaba un ejercicio que estuviera relacionado, por ejemplo en la teoría de los colores se les pidió un dibujo con contrastes de color y de formas. Fue una sesión muy interesante porque con el esfuerzo de buscar los colores adecuados aprendieron la teoría con mayor facilidad, los colores eran la gran atracción para ellos, siempre les encantaba mezclar los colores y descubrir otros. Algunos, cuando hacían un color que los demás no conocían, se sentían orgullosos y lo querían enseñar, como si fuera la mágica receta de una comida exótica.

Los colores son también un medio de expresión personal muy utilizado por personas que sufren de una enfermedad mental, suelen dedicar un color específico para describir los estados de ánimo y los sentimientos. Parece que el código de los colores les ayuda a desbloquearse, les cuesta menos hablar de la enfermedad si ésta es representada por un color. Esto es un efecto muy importante, especialmente en los casos en que los médicos los caracterizan de «mudos» porque en las entrevistas no cuentan casi nada y vuelven difícil el análisis y el tratamiento específico, para muchos el hecho de poder contar sus vivencias y problemas a través de la pintura a una persona amiga que no lleva «bata blanca» puede llegar a ser un gran alivio.



Ilustración 48: Santiago, «El desierto azul».

«La flecha negra es la vida del esquizoide, la perdición y los caminos distintos de los que ninguno lleva a la felicidad. El sol es la amistad y la alegría. El árbol simboliza la esperanza, y este hombre está enseñando el camino azul — la vida antes de la enfermedad — que no sigue». (Santiago)

Los dibujos suelen hacerse cada vez más expresivos, más ricos en su contenido artístico y los/las participantes se suelen interesar cada vez más por la pintura, los colores y la misteriosa técnica que les ayuda a progresar en sus dibujos. Cuando observan mejores resultados pictóricos, se sienten muy orgullosos y alegres.

El aprendizaje de los tonos se puede hacer por medio de unos ejercicios monocromáticos. En un ejercicio, por ejemplo, los participantes del taller tenían que elegir un color que no les gustara y pintar con él un paisaje, ya que no estaban preocupados por la combinación de los colores, daban mayor énfasis a los tonos y hacían el dibujo más rico, ya que se trataba de un color que no les gustaba. El «truco» de un color caracterizado como el «peor» se aplicaba para evitar la apatía, para saber por qué elegían un color y para que lo harían con consciencia. Estos juegos mantenían siempre alerta a los participantes, porque si no se les ponía cada vez delante de nuevos retos, empezaban a

protestar que no sabían qué hacer ni cómo, mientras si había una nueva indicación realizable con libertad, se aprestaban a alcanzarla.

«Dibujando líneas de mi memoria» fue otra de las actividades del aprendizaje sobre la línea. En ella los/las participantes tenían que cerrar los ojos y dibujar algunas líneas sueltas pensando en algo concreto, a continuación, con los ojos abiertos, debían continuar el dibujo intentando unir y combinar las primeras líneas con otras nuevas, como si fuera un ovillo que se desenvuelve y aparecen las imágenes de su memoria. Con estos dibujos podían contar muchas cosas de su vida del pasado, cuando estaban bien, lo que echaban de menos, cómo les gustaría que cambiaran sus existencias, se animaban a soñar lo mejor, a imaginar que todo iba a cambiar un día. Así, que despertar la memoria de esta manera puede llegar a ser una experiencia muy positiva.

7.10 Interacción con los alumnos/as durante la realización de la obra

Normalmente los alumnos/as realizaban los dibujos pintando con acrílicos, aunque a veces hacían también *collage* o pintaban con ceras. En el caso de los acrílicos los colores se limitaban simplemente a los colores primarios más el blanco y el negro para darles la oportunidad de mezclar sus propios colores, tonalidades e investigar sobre la pintura. También se quería evitar el uso de colores ya preparados para que los alumnos/as pudieran alcanzar un sentido estético individual.

Las obras se realizaban sobre papel porque por razones económicas no es posible que el hospital facilitara otro tipo de material. Una vez dadas las instrucciones, el título o el tema, los alumnos/as empezaban a pintar y cada uno se dedicaba a su obra, sin molestar o interrumpir a los demás.

En ocasiones, algunos/as no estaban muy seguros de su idea y preferían consultarla primero con la profesora. Esta inseguridad podía ser consecuencia de la poca experiencia artística, existía una tendencia a comprobar la idea antes de empezar, por miedo al rechazo. Frecuentemente se oía la

pregunta: «¿Qué te parece si hago esto o aquello? ¿Está bien, o va a ser una tontería, va a ser ridículo?»

En estos momentos hacía falta animarlos, escuchar lo que decían y no hacer ninguna crítica que les podría causar un bloqueo, lo más importante era que ellos ganaran en confianza y autoestima para realizar su idea sin complejos, nunca es bueno desviar la idea principal. Al contrario, siempre se les debía dar importancia a la expresión, si a alguien le apetecía pintar algo que no estaba muy relacionado con el tema, podía decirlo y cambiarlo, lo que no parecía adecuado era obligarles a que pintaran estrictamente lo que se había propuesto. Sin embargo aunque los temas podían ser un empujón inicial para la creatividad, a veces también era necesario mostrar un poco de cariño, dar a entender que nadie iba a criticarles si el dibujo no saldría bien.

Mientras ellos pintaban, la profesora les observaba en silencio, no intervenía si ellos no lo pedían. Frecuentemente preguntaaban cómo se podía mezclar un color concreto o de qué manera se podía terminar el dibujo, otras veces querían saber cómo podían mejorar en general en la pintura, es decir, ellos mismos exigían aprender algo más, por ejemplo cómo se pintaba la sombra de un objeto o cómo se podía conseguir la perspectiva.

Poco a poco cada uno iba desarrollando su propio estilo, empezaban a aparecer los colores preferidos de cada uno, tanto que ya era posible distinguir de qué obra era de cada uno. También se podían ver motivos repetitivos, por ejemplo un círculo, una espiral, una mujer, o figuras más complicadas en el caso de uno de los alumnos que pintaba siempre abstracto, utilizando varios motivos geométricos con una combinación de colores muy especial y personal. En muchas ocasiones no hacía falta saber el nombre del autor porque se podía reconocer el estilo observando la obra, y eso era un triunfo personal. En los dibujos anteriores de otros talleres, los mismos alumnos/as habían pintado cosas muy estereotipadas: la típica casita, la flor, el arbolito, todo sin valor o sentido estético, las mismas personas habían hecho cosas tan diferentes que si no se hubiera estado en el taller, resultaría difícil creerlo.



Ilustración 49: Dibujos realizados durante el análisis.

Por último, cuando alguien terminaba su dibujo, ponía su nombre, la fecha y el título y lo colgaba en la pared, si había terminado antes que los demás, tenía que esperar hasta que terminaran todos, para poder empezar la fase final del taller que consistía en la «lectura» de los cuadros. En ésta cada uno desarrollaba su dibujo, explicando lo que había querido hacer y expresar, cómo había llegado a la idea y si se sentía satisfecho con el resultado, era la hora de la comunicación verbal. Durante este tiempo hablaban de sus sentimientos relacionados con el dibujo, del porqué de un motivo y sobre lo que habían querido mostrar, a través de sus pinturas era posible entender mejor su mundo interior, ellos/ellas mismos/as querían mostrar lo que significaban las formas y los colores elegidos.



Ilustración 50: Pedro, «Sin título».

«Mi enfermedad es el triángulo. Las líneas rojas son mi alegría, y cuando pongo amarillo es que estoy bien. Me gustaría, una vez, pintar sólo con amarillo...». (Pedro)

En este tiempo los demás podían opinar sobre los dibujos, decir lo que les parecían y hacer cualquier comentario que les pareciera oportuno. Era importante escuchar las opiniones de los compañeros porque así podían ganar más confianza entre ellos y se animaban a superarse a sí mismos la siguiente vez, también podía ser un efecto positivo el afán de superarse y superar a los demás. Si alguien hacía, por ejemplo, algo bello y los demás le admiraban, surgía una chispa de «sana» competencia para el próximo taller, por ello los dibujos se quedaban colgados durante toda la semana para que pudieran observarlos y se acostumbraran a ver los errores o los intentos exitosos, asimismo tenían un tema de conversación que no tenía que ver con su enfermedad y la medicación.

7.11 El taller como hito en el día a día del hospital

No cabe duda que las dos horas de taller de pintura eran un gran alivio, dentro del mundo de sus preocupaciones. Aunque en el taller también expresaban algunas de sus angustias, las veían de manera más optimista, al mismo tiempo hablaban de sueños para el futuro, mostraban interés en hacer cosas, a veces no parecían las mismas personas, no tenían la misma actitud que se había observado al principio.

Para algunos la pintura era un nuevo amigo que les acompañaba durante las horas de soledad y de aislamiento a las que les confinaba la enfermedad, esto podía convertirse para algunos en un cuchillo de «doble filo». La dedicación exclusiva al arte podría ser un aislamiento de la sociedad, de la realidad, y se convertiría en un peligro, porque estas personas así se marginarían más. ¿Pero qué es más peligroso? ¿Estar solo, sin hacer nada y pensando sin parar en su problema, o pintando? Ellos decían: «¿Qué hago por la tarde? Me aburro, no tengo interés en nada, no sé qué hacer». Otro: «Me tumbo en mi habitación y estoy pensando hasta que me canso y me duermo, luego me despierto y hago otra vez lo mismo hasta que llegue la noche, ceno y me acuesto de nuevo pero no puedo dormir y así me pongo a pensar». «A veces no aguanto estar en la casa solo. Con mis padres no tengo buena relación, supongo que están hartos de mi, así cuando tengo dinero salgo a la calle para tomar un café, llevo mi *walkman* y estoy escuchando música, eso me hace sentir que estoy conversando con un amigo». Oyendo estos testimonios no se puede considerar el acto de pintar algo más arriesgado que la soledad que causa el estigma de la enfermedad, a pesar de que es muy triste pensar que una persona pasa muchas horas cada día sin saber qué hacer, esto puede empeorar la enfermedad, porque esta soledad que no es fructífera puede llegar a ser ansiedad, el peor enemigo para la mejoría del trastorno.

Observando los cuadros con retrospectiva, se diría que en varios de ellos se encuentran muchas calidades artísticas, por ello hubiera sido interesante poder organizar una exposición con sus obras, esto podría haberlos llevado a confiar más en sí mismos y ganar una posición dentro de la sociedad.

8. VISITAS A MUSEOS

A partir de su interés y después de verificar que la mayoría de los alumnos/as no tenían ningún conocimiento artístico, de la historia del arte o de artistas contemporáneos, — algunos no habían visto ningún cuadro en su vida— surgió la idea de organizar algunas visitas a museos o a exposiciones temporales.

Los objetivos eran:

1. Ampliar el conocimiento
 2. Acostumbrarles a visitar los museos y disfrutar el arte a través de un proceso de aprendizaje
 3. Elegir algunos cuadros e intentar pintar versiones propias
- Por ejemplo intentar cambiar algunos colores, formas, el orden de las formas, incluso imaginar una secuencia de cuadro.

8.1 Conflictos y enfoque socioafectivo

En la búsqueda de la identidad del ser humano surgen varios conflictos que tienen que solucionarse individualmente o en común. La capacidad de cada individuo para solucionar sus propios conflictos es un factor fundamental para la posterior solución pacífica de conflictos entre individuos o grupos sociales, raciales, nacionales, ideológicos y religiosos. Esta formación de la identidad individual pasa sin duda por el fomento de la afirmación y el autoaprecio, es decir el contrario de la cultura de la negación y del menosprecio que en muchas ocasiones aun predomina. Los autores de **Educación para la paz** citan más pasos a seguir en el capítulo «El enfoque socioafectivo».¹⁴⁹

«2) desarrollo de un sentimiento de **confianza**, en uno/a mismo/a y en los demás, acompañado de ejercitación e la capacidad de autocrítica.

¹⁴⁹ AGUILERA, Beatriz et al., (1994), **Educación para la paz**, Madrid, Los libros de la catarata, (p.37).

3) fomento de la capacidad de **compartir** y **comunicar** ideas y sentimientos.

[...]

4) refuerzo del **sentimiento de grupo** y comunidad, creación de la sensación de que existe un colectivo en que apoyarse.

5) **resolución de problemas y conflictos concretos**, [...]

6) organización del trabajo escolar mediante **formas alternativas de socialización** y producción del conocimiento.

7) capacidad de distanciamiento: la habilidad para tener una **distancia crítica** de los roles sociales y para cuestionar y, si es apropiado, modificar las reglas de juego. [...]»

El octavo punto habla del aprendizaje de la desobediencia con lo que los autores se refieren al no-conformismo frente a situaciones y deberes que constituyen una vulneración de valores universales.

8.1.1 Del modelo a la práctica

Ahora bien, ¿cómo se pueden llevar estos ideales a la práctica en la educación especial? ¿Cómo enfocar esta educación para solucionar conflictos en el caso de las clases de arte terapia para pacientes esquizofrénicos? Creemos que, precisamente en el caso que nos ocupa, estos fundamentos tienen plena vigencia. Estas personas necesitan con premura confianza y autoestima para poder sobrevivir en una sociedad de la que se sienten excluidos por varias razones. Precisamente para ellos la posibilidad de comunicación es fundamental, e incluimos en esto también otros canales aparte del verbal. Las sesiones de arte terapia tienen el objetivo prioritario de abrirles otras maneras de expresión de sus pensamientos, de lo que les pasa por dentro, es una forma de expresión en la que afloran los sentimientos y deseos más profundos. Pero la actividad pictórica también puede servir para aumentar la autoestima y es un método de autodefinición positiva, los trabajos en grupo o los trabajos individuales y su posterior exposición en grupo son sin duda métodos de socialización y ejercicios de respeto mutuo. Además estas actividades fomentan la capacidad de compartir y comunicar ideas y sentimientos. Tratándose de un grupo de personas que (sobre todo si lo enfocamos sobre los pacientes

esquizofrénicos) tienen graves problemas de identidad, la autoafirmación, el autoaprecio y la confianza en uno mismo se ven seguramente estimulados cuando se abren nuevas maneras de comunicación y, en el caso ideal, incluso de realización artística. El conflicto y el intento de su resolución está igualmente programado en estos ejercicios.

Todavía nos encontramos ante un modelo, el arte terapia es una especie de laboratorio de experimentación con unas condiciones muy especiales y artificiales. La solución práctica de conflictos de integración social se presenta cuando abandonamos este ambiente protegido y nos lanzamos a la calle, para visitar un museo de arte, por ejemplo. El mundo real complica las cosas, pero es un paso más de socialización, es un intento de abrir el acceso de las instituciones públicas de arte para todos. Se trata también de descentralizar el mundo del enfermo/a que gira sin parar alrededor de su enfermedad, los/as pacientes se enfrentan a otras visiones, pueden obtener impulsos para sus creaciones, se enfrentan a otras culturas, como en el caso de una visita a una exposición de arte africano que se describirá con más detalle más adelante.

8.2 Preparación de la visita

En la práctica, una visita con pacientes de un hospital de día psiquiátrico a un museo público puede traer consigo diferentes problemas, las funciones que atañen hoy en día al «museo moderno» en cuanto organismo que no sólo colecciona, conserva, estudia y exhibe, dan importancia al aspecto educativo y de recreación, parte sustancial e imprescindible en la atención al público, constituyen las personas con requerimientos de educación especial.

Al considerar que el desarrollo intelectual de estas personas sólo difiere en el ritmo de aprendizaje, ya que generalmente se detiene en un determinado momento, se insiste en adaptar sus dinámicas y comportamientos al espacio del museo, evitando así una imposición de tiempo y ritmo fuera de sus recursos motores, de inteligencia y sensibilidad.

Las personas con problemas mentales (como por ejemplo la esquizofrenia) aprenden mejor a través de la experiencia, el beneficio que les produce el acercamiento a objetos y conceptos no usuales en su vida diaria,

provoca en ellos una gran riqueza. El museo, al contar con un gran entorno sensorial, se convierte en una importante alternativa de deleite y educación, para este público no existe ningún tipo de impedimento en cuanto al acceso físico; su problema es de comunicación y aprendizaje, y es precisamente esta barrera la que se pretende romper a través de la experiencia artística.

Estas personas están dispuestas a comunicarse con su entorno, por escasos que sean los medios que se les proporcionen; mímica expresiva de modo espontáneo y una acumulación de gestos que les permiten asimilar algunos cambios de la vida cotidiana. El acercamiento a las manifestaciones artísticas provoca este sentido expresivo, al motivarlos a participar directamente en el lenguaje básico del arte, pero lo más importante es facilitarles, en la medida que esto sea posible, una aportación al mundo que les rodea, que tomen conciencia de lo que dicen los otros, de que hay conceptos que comprender, que todo tiene un nombre y que hay que descubrirlo.

8.2.1 Condiciones necesarias en los museos

Para llevar a personas con problemas mentales a un museo, es necesario tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Convencer a los médicos/personal de la clínica o del centro y a los padres de los alumnos/as que esta visita es importante. El acercamiento al arte a través de este tipo de actividad es de alto valor. Asegurarse que hay permiso por parte de los responsables arriba mencionados para llevar a los alumnos/as.

2. Informar al personal del museo de esta visita para que no haya problemas. Es necesario tener en cuenta que estos alumnos/as no están familiarizados con el ambiente museístico.

3. Es importante que el profesor introduzca a los alumnos/as con antelación en lo que consiste la visita al museo y a la vez explique los principios básicos del arte como forma, textura, línea, espacio, color, o sea los mismos que luego encontrarán en las obras del museo. Esto permitirá una mayor agilidad durante la visita.

De la misma manera es fundamental tener en cuenta las condiciones físicas de las salas de la exposición:

Una iluminación adecuada que permita realizar una visita completa.

Colocar a las personas frente al profesor/a quien hablará mirándolos de frente.

El profesor/a tendrá que desarrollar toda su habilidad para mantener el interés del grupo que por lo general no ha aprendido a escuchar, si no siente una necesidad de una información interesante para él.

Además hay que cultivar su sentido de observación. Una vez lograda la atención es importante hablar con un tono normal de voz, se debe repetir y repetir hasta que el concepto quede clarificado, pues éste es el primer paso hacia la comprensión del nuevo lenguaje. También hay que animarlos a que hablen.

En primera instancia se explicará lo que es un museo pues muchas de estas personas no han tenido ni siquiera la oportunidad de visitar uno. Se puede iniciar la presentación con lo que se va a ver, es necesario además generalizar las normas dentro del museo y cuando deben ser aplicadas. Si no es necesario que estén de pie, es conveniente pedirles que permanezcan sentados a fin de obtener un mayor nivel de atención y control del grupo.

El objetivo de los ejercicios sensoriales consiste en fomentar el ritmo, la participación en actividades kinestéticas, al tiempo de motivarlos en la expresión de vivencias cotidianas y la apreciación de su entorno.

8.2.2 Pedagogía de las visitas guiadas

Los adultos con problemas mentales son aparentemente menos curiosos e imaginativos que los demás; en consecuencia, los objetos y temas deberán estar estrechamente relacionados con ellos para estimular su interés. El guía no debe desanimarse por una falta de respuesta inicial, ya que la mayoría de estas personas reaccionan lentamente ante nuevas situaciones.

Es importante considerar, al seleccionar las salas del museo, que no constituyan un lugar con gran afluencia de público, ya que estos visitantes tienden a distraerse mediante estímulos externos. Al iniciar el recorrido, se debe esperar a que el grupo se integre cada vez que se cambie de cuadro o de lugar, si llegan después de que se ha comenzado a hablar, no serán capaces de entender lo que se dice y perderán el interés.

Hay que tomar en cuenta que muchas personas no serán capaces de concluir la visita, las que se cansen, pueden abandonar el grupo siempre y cuando sea bajo la responsabilidad del profesor o de un familiar.

Resulta inconveniente hablar con ellos a través de otras personas; si no se pueden entender sus preguntas o comentarios, se pide que los repitan.

8.2.3 Introducción a las obras

Uno de los objetivos es encontrar la relación entre lo que sucede en el museo y sus obras, y en sus vida y sus mundos reales. Se busca que el museo sea un lugar de disfrute y conocimiento mediante la curiosidad generada por los cuadros. La experiencia de aprendizaje al abandonar el museo los hará regresar en muchos casos.

Es a partir de la observación de las imágenes que se les invita al mundo de las sensaciones, haciéndoles explorar todo lo que pueden percibir a través de los órganos sensoriales para una comprensión de los elementos del lenguaje que no tendrían ningún sentido sin el reforzamiento de la experiencia sensorial. Para lograr este objetivo, se prepara la visita seleccionando obras que resulten significativas perceptualmente hablando, con énfasis en aspectos tales como el color, la textura, la forma, el espacio, la línea y el movimiento. La intención es reforzar la oportunidad de verbalizar, el guía deberá formular toda clase de preguntas que se inicien con las palabras *quién, qué, por qué y dónde*, así como utilizar un concepto total del lenguaje. Una cuidadosa elección de las obras permitirá aclarar diferencias y cubrir estas necesidades, al tiempo que se considerarán los siguientes objetivos:

Espacio

El objetivo es familiarizarlos con el espacio y el lugar que ocupan los objetos en el. Se formularán preguntas acerca del tamaño de los objetos, si están cerca o lejos, arriba o abajo, adelante o atrás.

Color

Vivimos en un mundo de color. Cada objeto posee un color y a partir de ellos experimentamos reacciones visuales que nos provocan una respuesta

emocional. Al elegir la obra se pretende que se reconozcan los colores en el cuadro, que hablen acerca de las sensaciones que les producen, tales como calor, frío, tristeza, alegría y si predomina la luz o la oscuridad. Se puede jugar a que cada uno es un color y motivarlos a que expresen con gestos y ademanes como se sentirían. Esto ayudaría tanto al empleo del lenguaje como a una actividad motriz.

Forma

Se debe seleccionar un cuadro que permita la comprensión y el reconocimiento del tamaño de los objetos, si son angulosos, curvos, verticales, horizontales, delgados o gruesos. Se enfatizan las formas geométricas que son perfectamente reconocidos por ellos.

Textura

Se les invita por medio de la imaginación «a tocar sin tocar». La idea es descubrir cuantas clases de texturas hay en una obra «sintiendo» la superficie de los objetos como suave, rugoso, liso, picoso, frío, caliente.

Línea

Se les propone jugar a descubrir cuántos tipos de líneas reconocen en una obra, si son delgadas, gruesas, rectas, curvas, suaves o marcadas, sobre todo es importante que descubran que todo objeto está formado por líneas. Resulta interesante que nombren también objetos que pertenecen a su entorno y que puedan asociar fácilmente con sus experiencias cotidianas.

8.3 Una experiencia concreta. Una visita al Museo Thyssen-Bornemisza

Cuando se ha decidido llevar esta actividad a la práctica, primero hay que hablar con el servicio médico para averiguar si desde el punto de vista clínico la visita es factible. ¿Pueden participar todos? Algunos de ellos podrían ser agresivos, y como los reglamentos internos del hospital no lo permiten, nadie del personal médico o de las enfermeras puede acompañar al grupo porque la actividad se desarrollará fuera del horario oficial y por supuesto fuera del hospital.

Por estas razones se debió limitar el número de participantes, hacer una lista con nombres y explicar a los alumnos/as el desarrollo de la actividad teniendo que decir o explicar al mismo tiempo que no todos iban a poder participar... Les encantó la idea, pero para algunos podía ser muy difícil asistir, primero porque la mayoría no trabajaba y esto significa que no tenían el dinero para pagar la entrada, en muchos casos la «etiqueta» de la enfermedad no les permitía trabajar, la sociedad no los acepta. En los museos no es fácil entrar gratis, y tampoco los alumnos/as querían que se explicara su situación a los funcionarios del museo, les daba miedo la mirada de la gente, la discriminación. Aparte de su mundo interior que era muy complicado, el mundo real les parecía todavía más difícil, no podían vivir una vida «normal», participar, conocer, tocar, ver, aprender, disfrutar.

Los participantes no estaban muy acostumbrados a mezclarse con el mundo extraclínico: algunos solían acudir al hospital solos, pero es más fácil estar solo entre la gente «de incógnito», les asustaba verse todos juntos porque pensaban que se les notaría su condición.

Antes de una visita se debe elaborar un resumen sobre las obras más importantes que se desea que contemplen los alumnos/as también se debe hacer una selección entre las obras del museo porque obviamente no es posible realizar un recorrido por todas las salas. Durante la visita al museo se pretendía que ellos reconocieran en las obras los distintos estilos, que identificaran el color, las líneas, las formas, que sintieran, contemplaran y pensaran cada obra. Se trataba de aprender cómo leer una obra de arte, de

observar qué características podían reconocer en los cuadros y sobre todo de estar en contacto con el mundo artístico fuera del hospital.

El interés que mostraron fue impresionante, no se les vio posteriormente agobiados ni preocupados por la gente que estaba en el museo, se habían olvidado de su enfermedad y lo único que querían era ampliar sus conocimientos. Hacían preguntas o comentarios cuando alguna obra les impresionaba. En esta segunda parte fue muy importante la participación de todos/as, porque una vez que habían cogido el ritmo, hacían preguntas entre ellos/ellas y a veces interpretaban los cuadros e intercambiaban opiniones, con tanto ánimo como si estuvieran acostumbrados a visitar museos o exposiciones de arte.

Con la magia de los colores, el paseo entre los cielos de Van Gogh, los paisajes de Derain, los policromos retratos de Kirchner y los enormes cuadros de Jackson Pollock, al final del Museo Thyssen–Bornemisza, se convirtió en una experiencia inolvidable para todos. Ellos/ellas habían entrado en un mundo nuevo y satisfactorio y para los profesores habían sido unas horas llenas de sentimientos de aprendizaje, ya que se tuvo la oportunidad de observar a los alumnos/as fuera del hospital, en una actividad nueva, experimentar otra manera de comunicación y vivir el encanto del arte una vez más con ellos, averiguar de nuevo que el arte es un libro que cada vez que lo lees recibes cosas diferentes y que tiene un lenguaje que es comprensible para todos los «lectores» sensibles, — y los alumnos/as muestran de sobra que tienen la sensibilidad adecuada para captar los mensajes matizados de los cuadros.

8.3.1 Evaluación de la visita en clase

La semana siguiente en el hospital, los alumnos/as llegaron muy contentos y agradecidos por la visita al museo. Los médicos dijeron que había sido el tema de conversación durante toda la semana, contaban lo que habían visto, qué les había impresionado, cómo se sentían dentro del museo.

¿Qué recuerdan del museo?

La actividad se centró después de la visita en esta pregunta, Se les pidió cerrar los ojos por algunos minutos e intentar recordar un cuadro de la visita, uno que les había impresionado, luego intentar imaginarlo de una manera diferente, y finalmente, actuar como si fueran ellos los artistas que habían pintado el cuadro e intentar hacer una segunda versión con la libertad de cambiar los motivos de su sitio, o utilizar solamente algunos y hacerlo de nuevo.

Algunos no se acordaban muy bien de los nombres de los artistas, tampoco qué cuadro era de quién, pero todos recordaban un cuadro que les había impresionado. «Un retrato que la mitad de la cara era verde y la otra mitad roja», «De un paisaje, con mucha luz y las pinceladas muy gruesas». De los cuadros de Kandinsky, «fueron los mejores, me gustaría aprender a pintar como él». «Me acuerdo de varios cuadros, no sé cuál elegir», fueron sus palabras al principio, y luego cada uno empezó su dibujo, estaban muy serios y decían que les parecía «gracioso» actuar como si fueran pintores. Uno de los participantes afirmó convencido: «Los pintores que hemos conocido eran personas como nosotros».

Ciertamente los resultados de esta actividad demuestran que son capaces de realizar cuadros notables, que son interpretaciones propias y no simples copias. Ningún cuadro es «igual» al modelo elegido. Los cuadros del museo fueron la causa, pero lo más importante es la necesidad de expresarse. Nuestra tarea es la de encontrar un código que ayude a llegar cerca de ellos, animarlos a pintar y crear.

Es interesante repetir la misma actividad en varias ocasiones y con frecuencia, porque el contacto con el arte es algo enriquecedor y fascinante para ellos.

8.4 Visitar una exposición de arte africano. África: Magia y Poder en La Caixa

Otra ocasión se presentó en forma de una exposición muy interesante en la sala de exposiciones de la Fundación «La Caixa»: *África: Magia y Poder*. La entrada era gratuita y además la exposición nos parecía muy adecuada: era sobre **arte africano**. El arte africano tiene algunas características en común con los dibujos de ellos: el sentido religioso de sus imágenes, su carácter fuertemente simbólico y los rasgos «primitivos», es decir: alejados de las convenciones representativas de nuestra tradición artística.

Ya en la sala, antes de empezar la visita, se hizo una pequeña introducción sobre el arte africano y luego se empezó a ver las obras. Previamente se habían elegido algunas de las esculturas para analizarlas, pero también se estaba dispuesto a hablar de otras si a los participantes les parecieran igualmente interesantes.

Para esa actividad no era necesario saber mucho sobre el arte africano, puesto que se trataba de un aprendizaje sobre la forma, la armonía, los contrastes, los diferentes materiales y también «vivir» de una manera el mundo africano.

En las esculturas elegidas tuvieron que observar las características de las caras, las diferentes expresiones que podían cambiar en función del papel social del retratado. Otra cosa muy interesante era el uso de los colores primarios, como el azul y el rojo que ponían en las caras, característica que se aprovechó para hacer una pequeña comparación entre las estatuas de barro, de bronce, madera y marfil.

A los alumnos/as les impresionó la manera en la que trabajaban los materiales, con muchos detalles a pesar de los pocos instrumentos que tenían en aquella época, prestaron mucho interés y observaron los objetos con mucho entusiasmo. De vez en cuando hacían algún comentario sobre la vida de los africanos, sacando conclusiones de los detalles que veía, también hacían comparaciones entre las costumbres de ellos y las de nuestro tiempo. Era importante conseguir la continua atención del grupo para que no se distrajesen o

aburriesen, la visita duró una hora y media, todos los que pudieron participar disfrutaron mucho y dijeron que les gustaría repetir la experiencia.

8.4.1 Utilizar la «experiencia africana»

En el hospital, el día siguiente, durante el taller de pintura se les pidió que rellenaran un cuestionario que venía acompañado por dos fotocopias en color: una de las obras de arte africano y otra con una obra de un artista influenciado por este arte. Durante esta actividad escucharon música africana para crear un ambiente propicio. En general se suelen acompañar estas clases de arte con música para evocar ambientes y facilitar la inmersión en el tema correspondiente. Los alumnos/as contestaron el cuestionario con sinceridad, en su mayoría diciendo que no habían sabido nada del arte africano anteriormente pero les gustó mucho, y les gustaría aprender más.

Los resultados de esta actividad pueden reflejarse mejor con las respuestas que habían dado en el siguiente cuestionario y con los ejemplos de los trabajos pictóricos.

VISITA A LA EXPOSICIÓN «AFRICA: MAGIA Y PODER»

- **¿Qué te ha transmitido, qué sentimientos has tenido viendo la exposición de arte africano?**
- **¿Te ha gustado lo que has visto?**
- **¿Te interesa saber más de esta cultura?**
- **¿Has observado algo especial en el arte africano?**
- **¿Qué características distingues en el arte africano? ¿Qué expresión tienen las figuras humanas retratadas? ¿Qué formas les dan los artistas?**
- **¿Sabías que el arte africano ha influido a varios artistas de nuestro siglo?**
- **¿Conoces alguno?**

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

EJERCICIO COMPARATIVO ENTRE DOS OBRAS

- ¿Ves algo similar, notas algún parecido? ¿De qué artista es la obra?



Ilustración 51: Ejemplo del ejercicio comparativo (Esculturas Yoruba).

Ilustración 52: Ejemplo del ejercicio comparativo. (Picasso).

- **Pinta tu versión sobre este tema.**

Algunas de las respuestas fueron las siguientes:

Participantes: Julio, Susana, Carlos, Silvia, Andreas, Alfonso, Isabel, Luis, Antonio

—¿Qué te ha transmitido, qué sentimientos has tenido viendo la exposición de arte africano?

Julio: Placer.

Susana: Belleza, fuerza.

Carlos: Me ha transmitido calidez, humildad y misticismo religioso.

Silvia: Satisfacción.

Andreas: Dominación.

Alfonso: Las dos fotografías las podemos comparar dentro del arte africano. Las dos figuras de color negro me transmitido sentimientos de hieratismo, rigidez.

La figura en color me he trasmitido un sentimiento de paz, ya que parece que tiene un color de mezcla en verde y rojo, como de acuarela, delimitado, es decir una cara a rasgos.

Isabel: Primitivismo, Culturas primitivas, diferentes.

Luis: Me ha sorprendido el alto nivel de calidad de las figuras y el significado de cada uno.

Antonio: Me han gustado mucho las estatuillas de marfil y de bronce de hace 2500 años.

—¿Te ha gustado lo que has visto?

Julio: Sí, mucho.

Susana: Sí, mucho me parece un arte magnifico, muy cultivado.

Carlos: Sí, mucho.

Silvia: Sí, es muy interesante el estilo aunque posiblemente más interesante el ver las formas que dieron los escultores.

Andreas: Sí.

Alfonso: El arte africano me gusta porque es una mezcla de culturas antiguas que se funden entre ellas.

Isabel: Sólo vi una estatua y me gustó

Luis: Sí, me he gustado.

Antonio: Sí, me lo he pasado bien y me han gustado algunas figuras.

—¿Te interesa saber más de esta cultura?

Julio: No mucho.

Susana: Sí, me gustaría saber sus pensamientos sobre el matrimonio y la familia.

Carlos: Sí, mucho.

Silvia: Sí.

Andreas: Posiblemente.

Alfonso: Sí, porque es necesario tener conocimientos de todas las civilizaciones, de las distintas culturas.

Isabel: Ya sabía de esta cultura porque tuve una amiga africana sobre todo de música y comida.

Luis: Sí, me he gustado.

Antonio: Sí, es muy interesante.

—*¿Has observado algo especial en el arte africano?*

Julio: Sí, talento.

Susana: Sí que debían de tener mucha paciencia.

Carlos: La «rellenez» en el tratamiento de las formas.

Silvia: Sí la forma de las esculturas y el tipo de representaciones.

Andreas: Sí, Percepción.

Alfonso: Sí, que mediante sus obras nos definen una etnia.

Isabel: Los instintos.

Luis: Más bien me he fijado en su jerarquía y organización social a través del arte.

Antonio: Sí, que eran muy honestos de su religión.

—*¿Qué características distingues en el arte africano? ¿Qué expresión tienen las figuras humanas retratadas? ¿Qué formas les dan los artistas?*

Julio: Son muy naturales.

Susana: Una característica es que todo es de bronce. Las formas tienen expresión divina (de dioses) y de alegría. Tienen formas desproporcionadas y gordas.

Carlos: Que aprovechan al máximo las cualidades de las materias puras con las cuales trabajan.

Silvia: Los rostros son diferentes a las esculturas griegas, el cuerpo también es diferente.

Andreas: Los detalles Deformes comparadas con el renacimiento.

Alfonso: Características: Hieratismo, Rigidez

Expresión: De arte antiguo.

Isabel: Simbolismo, ritos, formas primitivas.

Luis: La expresión de las figuras es majestuosa, su postura es casi de la realeza.

Antonio: 1. Que utilizan marfil y bronce.

2. Son enanos, deformes.

3. Pues les resaltan los ojos y las extremidades.

—¿Sabías que el arte africano ha influido a varios artistas de nuestro siglo?

Julio : Sí.

Susana: Lo Sabia.

Carlos: Sí.

Silvia: No.

Andreas: Sí.

Alfonso: Sí, se nota sobre todo en la figura de colores.

Isabel: No

Luis: Sí

Antonio: Sí, como por ejemplo Picasso y pintores flamencos.

—¿Conoces a alguno?

Julio: ¿Picasso?

Susana: No.

Carlos: Picasso, Klee, Barceló, Tapies, Gauguin, Modigliani.

Silvia: No.

Andreas: Picasso.

Alfonso: Del siglo XX, a lo mejor en Sorolla y en Picasso.

Isabel: No

Luis: Picasso

Antonio: Picasso, Durero.

8.4.2 Ejercicio comparativo entre dos obras

—¿Ves algo similar, notas algún parecido? ¿De qué artista es la obra?

Julio: Picasso.

Susana: Veo que el cuerpo es desproporcionado en los dos. También que da expresión de conocido. Tienen la misma expresión de cara.

Carlos: Veo similitud en los rasgos humanos, nariz ,ojos, rostro alargado.

Silvia: Los tonos oscuros y posiblemente el material.

Andreas: Las formas puntiagudas.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Alfonso: Algo similar: las características crípticas.

Isabel: Sí, en los rasgos de la cara.

Luis: La obra es de Picasso.

Antonio: Sí que les resaltan los ojos y el cuerpo y les ponen tocando un instrumento o comiendo algo.

—¡Pinta tu versión sobre este tema!



Ilustración 53: Enrique, «Máscara».

Enrique pintó una máscara porque dijo que le gustaría tener una para poder ir disfrazado a las fiestas. Preguntado por qué quería ir así, respondió que así la gente no le reconocía y no se iban a dar cuenta de su problema, de su enfermedad.

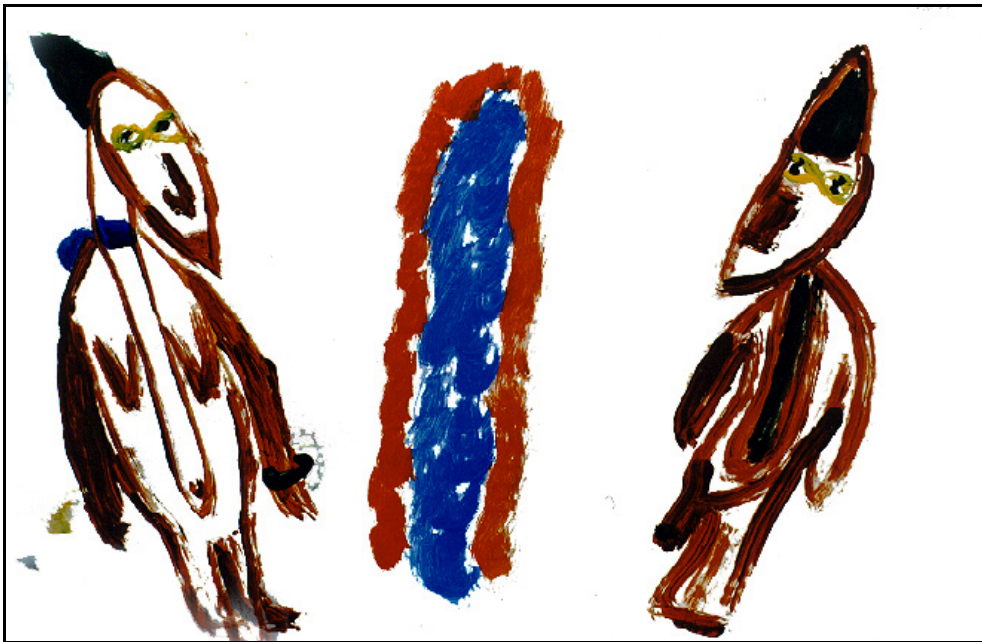


Ilustración 54: Luís, «Danza alrededor del fuego».

Luís pinta la «Danza alrededor del fuego», comenta que tuvo la inspiración para pintar este dibujo recordando la exposición y por la música que estaba escuchando. Las figuras son su versión de la imagen de la fotocopia y lo que está en medio es el fuego, cuando se le pregunta lo que significaba el color azul dentro del fuego, responde que es el agua que apaga el fuego, termina la fiesta y purifica el alma de la enfermedad.



Ilustración 55: Silvia, «Columna».

Una de las columnas, como la recuerda Silvia, pero con colores porque los colores le dan mucha alegría. Le gustaría que fuéramos a otro museo para ver cuadros con colores... Le gusta sentirse «normal». Ayer no le pareció raro estar en el museo porque estaba con nosotros y no se asustó por la gente «normal».

8.4.3 Balance de la actividad

El balance de la actividad, tanto de la visita al museo como del taller posterior, fue muy positivo, los alumnos/as tuvieron la oportunidad de participar en una actividad «normal», tuvieron que enfrentarse a varios problemas que para ellos pudieran llegar a ser verdaderos conflictos, mezclarse con la gente

normal» es un gran reto para estos pacientes. Como la visita al museo se realizó en grupo, superaron el rechazo inicial de ir a un lugar con afluencia de público, es más, algunos mencionaron que habían disfrutado con la visita (Me gusta sentirme «normal»). La presentación de una cultura exótica dio resultados positivos, porque los pacientes fueron capaces de reconocer otros valores que los occidentales y hasta de apreciarlos, la forma estilizada de las esculturas significó para muchos un gran reto. También se les transmitió parte del mundo mitológico espiritual de esta cultura que se vio reflejado en algunos trabajos, y lo más importante fue el gran contenido de alegría, casi todos lo mencionaban, que tenía para ellos el arte y la música africana. Otro elemento que se vio especialmente fuerte en estos pacientes, pero que también les impresiona a los niños e incluso a los mayores «normales», fueron las máscaras y su posibilidad de esconder o de cambiar la identidad delante de los demás. Alguno hasta se había adentrado en el mundo espiritual y religioso africano («Un dios africano»).

Para estas personas una visita a un museo no sólo puede ser una experiencia enriquecedora e inspiradora, sino que también cumple una importante tarea socializadora. Dentro de los programas de arte terapia en los hospitales y centros de día es importante sacar a los pacientes del ambiente clínico (siempre cuando su situación lo permita). Los museos son para todos y tienen que estar abiertos para todos, el derecho a participar en la vida cultural e informarse sobre ella es un derecho humano fundamental.

8.5 Visitas a museos con enfermos psíquicos: otras experiencias

En Estados Unidos, la arte terapeuta Simone Alter Muri empezó en 1994 a incluir presentaciones de diapositivas de arte moderno en las sesiones de arte terapia y a explorar los beneficios terapéuticos de visitas a museos y galerías. Descubrió que la introducción de la historia del arte podía tener un papel importante para la terapia de sus clientes: escribe Alter Muri en la revista *Art Therapy*. «En algunos clientes se observó un aumento de la autoestima, una mejora de la aceptación de sí mismos, un aumento del interés social y un enriquecimiento de la creatividad».¹⁵⁰

Alter Muri cuenta de uno de sus clientes con problemas de aprendizaje, períodos de episodios psicóticos y depresiones que al principio pintaba de una manera agresiva y amenazadora. Cuando observó una mejora en su trabajo, le animó a evaluar y a apreciar su interés artístico y empezó a enseñarle cuadros de artistas que tenían referencias comunes a su trabajo, como el color, la forma, la textura o la composición. En poco tiempo su cliente comenzó a tener un estilo más pictórico y a considerarse a sí mismo como una persona con el «don» de la creatividad. Incluso empezó a buscar información sobre el cubismo, el surrealismo, el futurismo o Dada, esta investigación lo llevó a inspirarse en algunas obras de estas corrientes.

Alter Muri descubrió que podía ayudar a sus clientes a liberarse de la imaginación violenta mediante la presentación de cuadros de artistas que contenían fuertes manifestaciones de una intención de curar sus traumas. Un ejemplo es Beuys que en su obra utilizaba miel y grasa para exteriorizar de manera simbólica sus vivencias traumáticas de la Segunda Guerra Mundial.

Con el tiempo, continúa Muri, su cliente empezó a hablar sobre sus dibujos, a hacer crítica y a verbalizar sus sentimientos. Fue con la observación de cuadros de los artistas de la *Collection de l'Art Brut* de Lausanne que su cliente empezó a inspirarse y tener esperanzas. Como se había enterado que

¹⁵⁰ ALTER MURI, Simone,(1996), «From Dalí to Beuys: Incorporating Art History in Art Therapy Treatment Plans», en: ***Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association***, 13/2, (p. 102).

otras personas, que no habían tenido formación artística, llegaron a vender su obras en galerías. Alter Muri recomendó a su cliente que fuera a museos y galerías como parte de su terapia, también buscaba cuadros de artistas conocidos que tenían algún parecido con el trabajo del cliente. El resultado de las visitas fue un progreso en el desarrollo de su identidad y un aumento de autoestima, además el cliente empezó a reconocerse como un artista.

Después de haber trabajado tres años con su cliente, Alter Muri, enseñó sus dibujos a varios artistas y arte terapeutas. Les parecieron interesantes y con valor artístico. Al final se organizó una exposición en una pequeña galería y se vendieron algunos de los cuadros. Su cliente sigue pintando, exponiendo y lo más importante es que no se considera a sí mismo como una persona con problemas sino como artista. Alter Muri dice: «Aunque el proceso de arte terapia no ha sido una cura para la psicosis y las depresiones del cliente, es un instrumento que él utiliza para que le ayude en el proceso hacia un equilibrio psicológico».¹⁵¹

En otro caso, un cliente con problemas de actitud y retraso de desarrollo, con una imaginación muy estereotipada, casi todas las veces pintaba casas vacías. Para esta persona, dice Muri, las visitas a las galerías y los museos fueron catalíticas para cambiar su imaginación estereotipada. A partir de allí empezó a tener interés en paisajes y a ganar un estilo parecido al de los artistas que observaba, así iba más veces a los museos, su actitud hacia los demás y su autoestima mejoraron mucho, especialmente cuando el personal del museo, autoridades que antes les había tenido miedo, le permitieron dibujar allí.

A partir de sus experiencias, Muri anota, que ampliar el conocimiento en la historia del arte, les da motivos para experimentar con más libertad, de ser menos críticos hacia su valor artístico, ser más atrevidos con el color y sobre todo les amplía sus actividades sociales.

De los beneficios de la introducción de la historia del arte en el arte terapia nos habla también Carol L. Miller. Concretamente habla de una investigación con pacientes con esquizofrenia en un hospital de día y como les ayudó a

¹⁵¹ Ibid. (pp. 102-107).

reducir la ansiedad comparado con las sesiones de psicoterapia y de otros métodos de control de actitud. Averiguó que en las sesiones de arte terapia con la introducción de la historia del arte se había enriquecido su conocimiento y los resultados en los productos artísticos. Los pacientes estaban más interesados, se concentraban mejor y dedicaban más tiempo a sus pinturas.

Miller dice que el programa estructurado de arte terapia con el enriquecimiento de arte terapia tiene éxito en ayudar los pacientes que no responden fácilmente en otras intervenciones de arte, pasan un periodo más sostenido en la tarea artística y están más satisfechos y contentos con sus pinturas según sus palabras. «Se había observado que estaban más conectados con el grupo gracias al mejor tiempo que habían pasado juntos pintando y evidentemente con más alegría durante todo el proceso, cuando generalmente la ausencia de afecto es la norma».¹⁵²

Aunque los beneficios de visitas a museos y galerías de arte por personas con problemas psíquicos o físicos son numerosos, los museos, el personal y la sociedad todavía no están preparados para facilitarlas.

8.6 «Museos para todos» en España

En España, se realizaron unos programas para minusválidos físicos y psíquicos en diferentes museos como en el *Museo de la Ciencia y el Cosmos* en la Laguna, otro en el *Museo de la Naturaleza y el Hombre* de Santa Cruz de Tenerife, o en el *Museo Municipal de Bellas Artes* de Santa Cruz de Tenerife, pero en su mayoría fueron realizados bajo un sentido más socializador y no terapéutico, puesto que las personas, que los llevaron a cabo, tenían como objetivo la investigación para la adaptación de los museos para los visitantes con discapacidades físicas.

En Madrid en algunos museos se están contemplando programas para personas con discapacidades, así por ejemplo en el Museo Thyssen-Bornemisza que ofrece visitas guiadas y gratuitas para discapacitados físicos y

¹⁵² MILLER, C., (1993), «The Effects of Art History – Enriched Art Therapy on Anxiety», en: *Art Therapy Journ. American Therapy Ass.*, 10(4), Glen Oaks, (pp. 194-200).

psíquicos desde 1994. Este servicio existe gracias a un grupo llamado «Voluntarios del Museo» que ponen a disposición del público su conocimiento y su tiempo libre. Las visitas se dirigen a grupos limitados de 10 personas, los miércoles por la tarde y cada 15 días.

Desde hace dos años existe un curso llamado «Formación de guías de museos para la atención a personas con discapacidad», organizado por la ACEAC (Asociación Comité Español para el Arte y la Creatividad de las Personas con Discapacidad). El último se realizó en Diciembre 2000 con la colaboración del Museo de Navarra. Los objetivos de este curso consisten en lograr la integración de las personas con discapacidad y otros colectivos socialmente marginados a través de su participación y disfrute en actividades artísticas y creativas. Sensibilizar a los profesionales de la cultura y a la sociedad para que las personas con discapacidad puedan disfrutar y acceder, de una forma plena, a las instalaciones y contenidos culturales, es otro de los objetivos del curso. Los profesores proceden del mundo del arte y de la psicología. Una de las cosas más importantes que se enseñan en este programa es cómo realizar un estudio de accesibilidad a un centro cultural, la información sobre las características de cada tipo de discapacidad o de cualquier otra persona con conflictos (drogadictos etc.) y el trato adecuado para estos visitantes.

8.6.1 Museos para todos en otros países

En otros países los museos ofrecen programas para visitantes con discapacidades. En Estados Unidos, en el Metropolitan Museum of Art de Nueva York existe desde los años 1976 el programa «Educación museológica para adultos deficientes psíquicos». Se organizan tanto programas educativos dirigidos a los acompañantes de los visitantes discapacitados y para el público, como sesiones de orientación para el personal de los museos, para enseñarles, por ejemplo, a ser amables con los minusválidos y tratarlos como a los demás visitantes. En el Museo organizan también talleres de escultura, otra de las actividades fue la de «Imágenes de la vida medieval», que eran unas pequeñas exposiciones de algunos objetos en vitrinas que se hicieron llegar a hospitales o a otros lugares donde las personas que estaban aisladas tuvieron

la oportunidad de verlas. Para evitar una actitud inadecuada por parte del público, el Museo dispone de folletos sobre el acceso a personas discapacitadas, de forma que aprendan a compartir las salas con ellos.

En el museo de Bellas Artes de Karlsruhe también se ofrecen programas educativos para jóvenes en situación de retraso escolar, deficientes visuales, ciegos de guerra y deficientes psíquicos. «El trabajo con deficientes psíquicos enriquece la experiencia individual de cada uno, contribuye a la supresión de barreras personales entre los participantes y a su integración social en la vida pública». ¹⁵³ El pedagogo de museos, Gert REISING, comenta que con los deficientes psíquicos tiene una comunicación a través de las obras de arte. El museo les ofrece el disfrute del arte sin ningún fin terapéutico. Los análisis con fines terapéuticos son para los especialistas que saben evaluar las imágenes en la mente de los enfermos mentales. En el museo no tienen ningún interés ni por la colección Prinzhorn, ni por la definición del arte de Leo Navratil, ni por el caso fuera de lo común. «Para nosotros se trata de presentar las formas de hacer y de observar los desarrollos de que son capaces estos jóvenes, considerados como anormales»¹⁵⁴, define Reising los objetivos del Museo de Karlsruhe en el trabajo con personas enfermas mentales. El programa no incluye ninguna aproximación a la historia del arte, los participantes simplemente eligen un cuadro y la manera de analizarlo es libre, cada uno puede hacer sus comentarios y aportar ideas personales. Después, el grupo realiza un taller de pintura sobre el tema, los resultados no son de gran importancia para los organizadores, más bien importan poco, después del taller se ponen uno a lado del otro y los autores explican cada uno el suyo. Sin embargo algunos cuadros que habían realizado los participantes de los talleres de estos programas fueron mostrados al público en una exposición.

Un museo en Polonia, el Castillo Real de Varsovia, dispone de una variedad de actividades desde visitas guiadas, conferencias, películas hasta proyecciones de diapositivas y conferencias en las instituciones. Todas las actividades se ofrecen gratuitas para diferentes grupos con problemas: a

¹⁵³ REISING, Gert, (1994), «Los deficientes psíquicos en el Museo de Bellas Artes de Karlsruhe» en: **Museos abiertos a todos los sentidos**, Madrid, Ministerio de Cultura y O.N.C.E, (pp. 215-216).

¹⁵⁴ Ibid. (p. 217).

sordos, ciegos, deficientes psíquicos, huérfanos, alcohólicos temporalmente hospitalizados y jubilados en residencias. Entre el personal para el servicio educativo hay tres personas que trabajan en exclusiva para los minusválidos intentando aumentar el conocimiento de la historia del arte, hacerles interesarse por lo que ven y oyen y, lo más importante, hacerles sentirse verdaderamente atendidos y acogidos.

8.7 La importancia del factor socializador

Sin duda uno de los factores más importantes para la realización de estas visitas es precisamente este sentimiento de calidez y de amor. En fin, el interés verdadero es que todas estas personas, que comparten las mismas necesidades humanas con todos los demás, puedan disfrutar del arte y sentirse aceptados por la sociedad.

Algunos de los arte terapeutas opinan que el conocimiento de la historia del arte puede tener un fin terapéutico, otros consideran las visitas a un museo de arte por personas con problemas meramente enriquecedoras y no buscan otras funciones o análisis. A Johann Feilacher, por ejemplo, nunca le ocurriría llevar a los artistas de Gugging a ver una exposición en un museo de arte porque cree que no les hace falta para crear y también porque quiere evitar influencias exteriores. Además está convencido de que un museo de arte no despertaría el más mínimo interés en los habitantes de la Casa de los Artistas.

Pero a lo mejor a algunas de estas personas les hace falta un estímulo real y visual en vez del imaginario. Es decir que el espíritu creativo puede despertarse a través del conocimiento y de la observación del arte sin que tenga una influencia estilística directa. Se puede conseguir que la persona salga de su «concha de caracol» y se atreva a expresarse a través de la creación plástica.

Concluyendo, las opiniones sobre los beneficios de las visitas pueden ser diferentes pero seguramente tienen algo en común: La importancia del factor socializador que, como demuestran las experiencias arriba descritas, puede conseguir romper las barreras entre la enfermedad y el aislamiento de los enfermos mentales en el mundo extraclínico.

8.8 Zush

8.8.1 Un artista contemporáneo

*«Estás rodeado de un caos y hay que encontrar un orden personal. Dentro de mí hay varios Yoes y cada uno tiene su constante. Sigo haciendo obras manuales como terapia para mantener un equilibrio entre lo analógico y lo digital».*¹⁵⁵

En 1968 Albert Porta se convirtió en Zush. Con la acusación de consumo y posesión de drogas fue detenido 13 días en la Cárcel Modelo y después lo trasladaron al Hospital Frenopático de Barcelona dónde quedó interno durante tres meses. «Me di cuenta de que Franco estaba mostrándome su Estado. Me hice consciente de que mi autodefensa debería pasar por la creación de mi propio Estado». En el hospital hizo amistad con uno de los internados que era esquizofrénico, con él jugaba a hacer palabras. Un día le dijo de repente: «Hola Zush, ¿cómo estás?» El artista pensó que quería decir Zeus por una manía napoleónica. Le pidió que le escribiera el nombre que había pronunciado y al verlo cuajó la idea de su nombre actual. «Como me llamaba Porta, siempre he dicho que en ese manicomio, de esas experiencias, se abrió la puerta y apareció Zush». La estancia allí afectó positivamente a su obra, ganó una libertad conceptual que le permitió una manera de expresión anárquica. El cambio de nombre y de actitud le permitieron autodefinirse como un «loco consciente» que aceptaba y quería participar en las diferentes alteridades que conviven en un mismo individuo: «El ser total es el que tiene la llave para comunicar todas esas diferentes personalidades y expresarlas fuera de sí mismo».¹⁵⁶

¹⁵⁵ LEBRERO STALS, José, (1977), **Zush**, Barcelona, Ediciones Polígrafa, (p. 90).

¹⁵⁶ Ibid., (p. 21).



Ilustración 56: «Heroíno III», 1975. Técnica mixta.

Al descubrir el camino pictórico de la obra de Zush surgió la idea de conocerle. Los cuadros parecían interesantes, había algo atractivo y al mismo tiempo atrevido. ¿De dónde venían todos estos «monstruos»? ¿Hasta dónde le sirvió la experiencia en el manicomio para su pintura y para el establecimiento de su «nombre»? Podía ser muy interesante hacerle una entrevista y puesto que Zush tenía programada una exposición en Madrid en el museo de «Reina Sofía» se le podría proponer hacer una actividad con los alumnos/as del Hospital de Día de Madrid. La idea le pareció interesante y la oportunidad de conocernos se presentó el 26 de Abril de 2000, en el «Circulo de Bellas Artes» de Madrid.

8.8.2 El encuentro con Zush

Al principio comentó su experiencia en el manicomio. «Al entrar allí hice como un reencuentro de cuando yo era pequeñito. Allí había un sitio, «un teatro» y a mí como era profesional me dieron el escenario. Ellos hacían todo tipo de trabajos para dibujar o también trabajos manuales y a mi me fascinó el trabajo de ellos. Y el ver que eran seres mucho más puros y limpios que yo y que yo había perdido, hasta el punto donde había llegado en mi trabajo, la pureza. [...] Ellos intentaban explicarme lo normales que eran y de mí, me imagino, estaban pensando lo mismo, pero yo no sé exactamente lo que estaban pensando».

«Los médicos me recibieron y sin examinarme o hacer alguna investigación, me dieron una cantidad de calmantes que yo casi me desmayaba y por las noches nos ponían una inyección, supongo para tenernos más tranquilos. Cuando iba a comer no encontraba la boca, no tenía coordinación, me asusté y había pensado que estaban haciendo algo muy fuerte conmigo y entonces pedí ayuda porque estaba cada vez peor. Vi al director del hospital y nos pusimos de acuerdo, me dijo que aunque tenía que convencerme para que no fumara marihuana, no iba a hacer nada conmigo porque yo era listo, tenía que quedarme tres meses y me iba a bajar los calmantes y luego me haría una firma que indicaría que estaba «curado».

Durante estos meses Alberto Porta dejó su lugar a Zush. Y Zush, sentado en el «Círculo de Bellas Artes», estaba contando sus experiencias y al mismo tiempo estaba firmando un catálogo sobre su obra. De vez en cuando mostraba la foto de un cuadro: «Ésta es una amiga que murió, ésa es mi primera mujer, este es mi hijo. Tengo tres hijos, y soy abuelo de tres nietos», comentaba con orgullo. «Tengo 54 años y ya soy *trisabuelo!*» La cara de Zush estaba sonriente y alegre, era sencillo y parecía muy sensible. Sus ojos como testigos de una agudeza impresionante, estuvieron alertas a lo largo de toda la entrevista.

Comentó sobre su primera exposición con el nuevo nombre Zush, en el mismo tiempo que se instaló en Ibiza donde empezó a crear su propio estado. Allí alquiló una casa y se identificó con su pasado en el hospital, encontró un

cuarto de baño que se llamaba «borna» y él lo tomó en serio, lo relacionó con «Porta» y se sintió en su sitio. En esta parte de la tierra le pareció muy importante quedarse a vivir. En aquella época sin tomar drogas tenía viajes cósmicos, salía de su cuerpo y lo veía desde fuera. «Todo muy intenso», comentó con seriedad.

A la observación si utilizaba la locura como medio de libertad artística, contestó que la decisión había sido de Armando (el paciente del hospital) y que él la había asumido. «Es difícil de explicar: Yo tampoco lo racionalicé tanto en aquel momento. Estaba en Ibiza y a la primera persona que me preguntó: ¿Cómo te llamas? le dije: ¡Zush! Era un nombre que me gustaba, un nombre artístico ya. [...] Ahora sinceramente, después de la exposición en el *Reina Sofía* tengo la intención de matar a Zush. De dejar a Zush y la pesadez. Pero no me van a dejar...»

«Otra cosa de los nombres...Que es evidente, cómo utilizas un apodo en español y existe en todas las culturas, o incluso en comunidades pequeñas la gente le da un apodo a una persona. De alguna manera o te esclaviza, como en este caso mío, o te libera. Ten en cuenta que en toda la vida no hay ningún modo en que tú puedas cambiar tu nombre y eso te libera».

«Incluso una cosa interesante sobre mi nombre es, que en Madrid yo exponía en una galería de dos socios y ellos se habían peleado, pero ya habían registrado mi «nombre» al nombre de la galería, y un abogado me llamó y me preguntó cuánto iba a pagar para seguir con ello... Y así que durante una época yo no fui el propietario de mi nombre, me imaginaba como en una película con un juicio con mis abogados y salían mis hijos que se quedaban sin papá. ¡Y Armando decía que él era el propietario, porque en realidad el único dueño del nombre era él!».

Desde luego la observación no se había referido a si el nombre le había liberado, sino a la relación entre su nombre y la locura. ¿Había aprovechado la oportunidad para que el público aceptara con más facilidad su obra?

Insistió que no le había servido para la pintura. «Ni me ayudó, ni no me ayudó, con la pintura siempre he sido constante. Siempre ha existido. Siempre me ha ayudado. Yo si no pintara, me habría movido por allí». Declaró que de todas formas iba a pintar de la misma manera y tener la misma actitud.

«Siempre digo que el artista interesante para mi es el artista que mira fuera de sí, lo que pasa en su entorno, y mira dentro de sí. Y el ideal es encontrar un equilibrio. Yo incluso con respecto al mundo del arte lo que hago es un puente entre la cordura y la locura. Y estoy siempre recorriendo a los dos lados. Esa es mi manera, que es muy fácil decirlo pero cada uno tiene que encontrar su manera, no es una norma».

Los recuerdos que guarda de la época en el manicomio son todos muy buenos, aparte de los calmantes. El único recuerdo triste es de un sistema muy perverso: «Cuando a uno le daba algún delirio, tocaban un timbre y nosotros que estábamos en el jardín teníamos que entrar al edificio y parecía como la cárcel para un animal».

Esa experiencia le ayudó a comprender a los que están internados en un hospital psiquiátrico por la disminución de su capacidad mental, son personas débiles ante el medio que los rodea, la ciencia médica establece la división entre lo normal y lo patológico, codifica la rareza. Se identificó con los enfermos mentales. Al salir del hospital pintó una obra en la que representaba un ojo en el interior de un triángulo con la punta hacia abajo. Este gesto podría ser entendido como el reflejo específico de la necesidad automática de fijar la emoción de una imagen. El exceso de querer saber es malo, decía, y sólo después de mucho tiempo llegó a la conclusión que fue la representación de una idea incierta de Dios.

Lo más interesante en aquel lugar fue la sección de laborterapia de que disponía en el pequeño teatro del centro, allí los enfermos tenían la oportunidad de hacer trabajos manuales. En aquella sala compartía las horas con seres que causaron en él una profunda impresión como el hombre aparentemente aislado y desconcertado del mundo exterior que solía dibujar a lápiz figuras monstruosas retorcidas y herméticas, o el megalómano convencido de ser figura del *rock* que subía continuamente al escenario a cantar y que en sus dibujos exteriorizaba su conflictiva situación pintando las caras de todos los miembros de su familia con sus propios rasgos.¹⁵⁷

¹⁵⁷Ibid. (p.22).

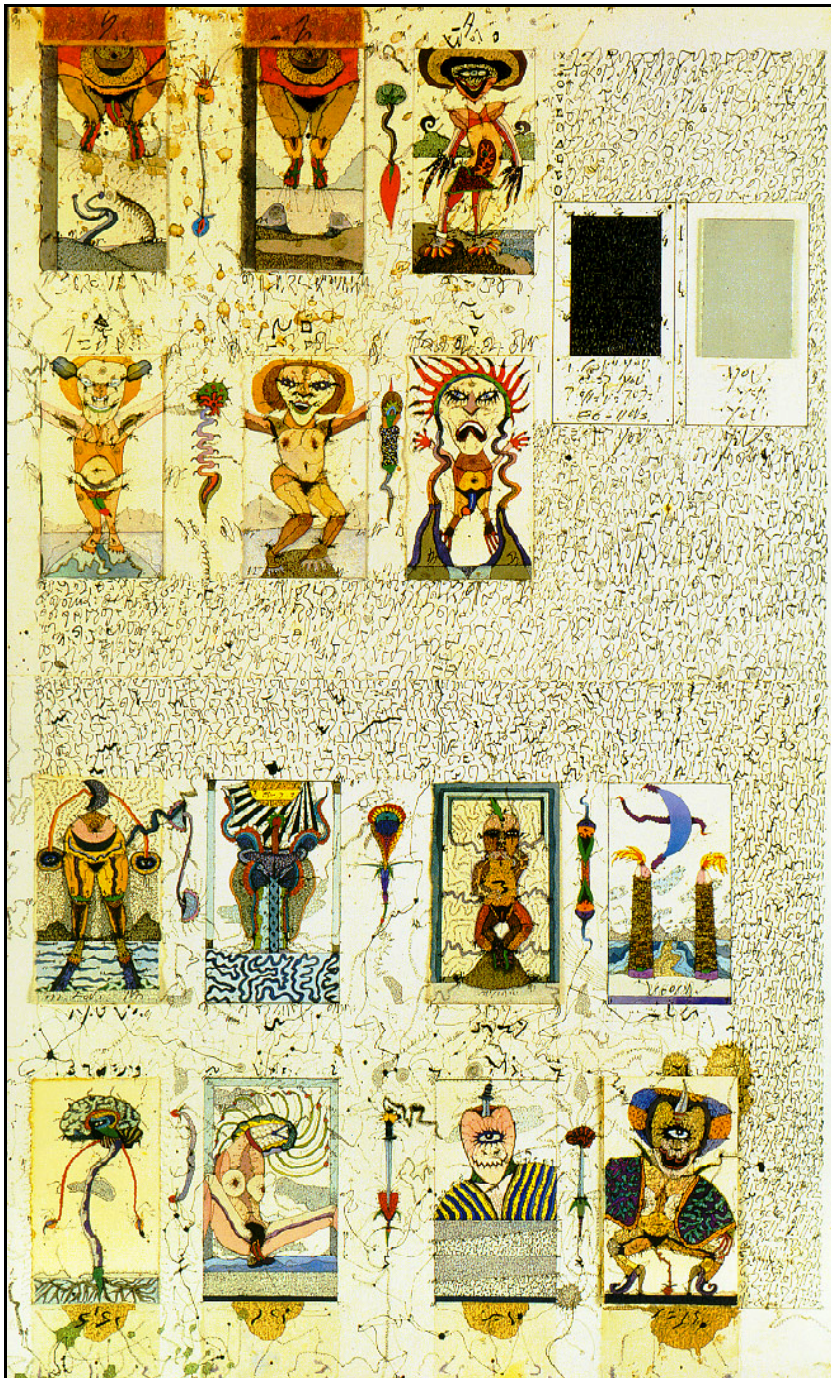


Ilustración 57: «The Tarot Cards», 1976-79. Técnica mixta.

Zush, años después, realizaría obras en las que a una misma cabeza le corresponden diferentes cuerpos. En su obra se encuentran estalagmitas de puntos hasta la obsesión, ello es probablemente un síntoma de perturbación mental provocada por el exceso de calmantes que se administraba a los internados para que se mantuvieran inactivos. La necesidad de concentración le

llevó a la insistencia en el punteado y los barbitúricos le causaron una perversión óptica que le produjo la sensación de vivir mirando a través de un microscopio. En el hospital empezó a utilizar los colores fosforescentes peculiares de su periodo ácido. «En el manicomio te da la locura de que no estás loco y de ahí viene este control excesivo de equilibrio en la composición, esa pulcritud de orden, de balance. Son cosas que ha racionalizado después de mi estancia allí».

Al inicio de los años setenta su lema consistió en tratar de «encontrar el misterio del ser humano», paradigma del que posteriormente se distanciara públicamente aunque no por ello disminuyera su curiosidad por el individuo como ente psíquico infeliz. A través de un amigo en Ibiza se introdujo en el juego cartomántico, por el esoterismo trataría de comprender y estudiar sus símbolos. ***The Tarot Cards*** es una de sus obras más conocidas que comprende la cosmología personal entendida como proceso autobiográfico. El encuentro de Zush con la historia del conocimiento humano no es erudito, en esa obra le interesa el símbolo, combina elementos sin disponer en cada ocasión de razones lógicas para hacerlo.

La distancia respecto al trabajo hecho, le ofreció claves futuras para entender los porqués que pudieran haber justificado sus acciones artísticas concretas: «La mezcla de cosas hará que la pieza se racionalice». Entre la «lecturas» favoritas de su adolescencia había muchos libros de ciencias naturales, la atracción e interés por la física orgánica y la biología no han disminuido hasta hoy: «el propio cuerpo y lo que se encuentra muy lejos de él, lo que es visible, son los dos campos de investigación del ser humano, en medio reside el ámbito, por ejemplo, de los animales; creo en el viaje del agujero negro al interior de la célula». En sus obras suele compaginar elementos realizados siguiendo reglas de proporción discordantes.

Zush está acostumbrado a comprar revistas y extrae parte de la información gráfica para integrarla en un repertorio personal, utilizando un fragmento ocular en diversas telas. En 1974 con acento autobiográfico representó las personas más próximas de su entorno, les cambió el nombre, personalizando la relación integrando a las personas en el espacio simbólico de su estado.

En 1975, con una beca, se trasladó a Boston al Massachusetts Institute of Technology para realizar estudios holográficos, y estar en contacto con el mundo digital. Allí sufrió un choque emocional causado por la violencia de las relaciones humanas en las sociedades contemporáneas, su estancia allí no fue ni apropiada ni satisfactoria para un solitario anárquico. Se dio cuenta que no iba a poder experimentar como quería en los laboratorios y cambió de ciudad.

En Nueva York pintó cuadros grandes como *Vemesir Evode* 1979 y *Nasha Declona Yasmu Tucare* de dos metros por cuatro de medida, también finalizó *The Tarot Cards* obra ya conocida y expuesta en Kassel, un tema que le ocupó varios años, donde se encuentran varios símbolos como la tumba, las dos aves, el monstruo infernal, el pájaro de Africa, el cerdo malo, u otros como la explosión de fuego, la energía o el agua, proyecciones de los seres que pueblan la mente de Evrugo.

En la obra ***The Bird of Africa***, presenta una metáfora de la fertilidad y lujuria. En varios libros que realizó en aquella época con el mismo tema encontramos la forma de un triángulo con dos alas, símbolo de la libertad en su universo, la figura de ave como criatura del aire y de la luz es un recuerdo de su infancia, unas tijeras de corte de sastre y un trozo de cuero cortado. Zush con la «vista de pájaro» quería averiguar si la visión del mundo afuera del globo terráqueo contradecía al mito que lo superior, la luz, se encuentra arriba correspondiendo con lo puro y lo limpio.

En 1977 fue invitado a mostrar sus obras en Kassel en la Documenta VI, un comienzo de la promoción internacional de su trabajo. Un ataque de corazón y su toma de conciencia sobre las presiones ejercidas por el sistema artístico le hizo producir algunos trabajos en los que subrayaba la dependencia del individuo respecto de sus funciones biológicas vitales. El corazón, los riñones, los pulmones, los testículos y el cerebro están presentes como órganos que permiten a los seres de Evrugo mantener el vigor. El ser humano convertido en prolífico justo medio de la vida animal y espiritual es el gran tema de 1979.

Tucares Evidas, trabajo de técnica mixta sobre papel, es el proceso que le llevó a la configuración de un proyecto de «autofinanciarse» concibiendo dinero propio. «¿Por qué no hacer dinero?», se preguntó el artista, «si el arte convertido en billetes de banco cuando se vende acaba siendo un timo para el

creador...». Empezó a hacer «cuadros» de formato y textura de billete de banco para intercambiarlos por moneda de curso legal. En el centro de esta obra está la silueta de una rata símbolo de miseria, unas manchas de café caídas mientras realizaba el trabajo en el suelo enriquecen la obra. Trabajo manual hecho con sellos, tampones y silicona, un triángulo lleno alude al deseo de hacerse rico. Más tarde, en 1980, al haber perfeccionado varios prototipos imprimió 16 mil ejemplares de billetes de cien **tucares**.

Durante su estancia en Ibiza enfocó sobre la relación dual, armónica y conflictiva con los seres que lo rodeaban, con la naturaleza entendida como liberación parcial de las imposiciones culturales y el descubrimiento del yo como cuerpo convulso.¹⁵⁸

En la década de los ochenta, publicó un manifiesto, una especie de declaración personal de principios indicando que un estado propio le permitiría mayor concentración personal: «La racionalización de mi obra es válida si es individual.

EL SISTEMA: un diálogo entre mi propio lenguaje (caligrafía no significativa, significativa) y símbolos universales (ojo, mundo, seres ...) puede ser interpretado como caminos distintos y personales.

CONSTANTES DE INVESTIGACIÓN: la materialización de ideas. La biografía de mis pensamientos y sentimientos transformada en mi particular mitología.

La situación de los seres en tiempo virtual.

La fusión de los medios visuales tradicionales y tecnológicos.

El uso del espacio con y sin constantes ni límites.

La evolución de mi lenguaje (ASURA).

MI IDEAL: que mi trabajo sea la esencia de todo el aire existente, pasado, presente y futuro».¹⁵⁹

Otro cambio en su actitud, fuera de las buenas costumbres y del sentido común, fue un horario personal que adoptó durante una estancia en Berlín.

¹⁵⁸ Véase: LEBRERO STALS, José, (1977), **Zush**, Barcelona, Polígrafa, (p.44-78).

¹⁵⁹ Ibid. (p.60)

Después de la separación de su segunda compañera empezó a dormir en el estudio durante el día y levantándose de madrugada para regresar a la cama cuando se agotaba. Junto a los dibujos, todo el material artístico, los fetiches, amuletos, recuerdos, regalos, todas las cosas que esté dónde esté le ayudan a sentirse «en casa» y le permiten crear el clima adecuado para poder seguir produciendo imágenes y continuar la creación de sus libros.

El lugar es muy importante aunque puede ser la habitación de un hotel. Con una ceremonia ritual en la que dispone sus objetos para crear su propio lugar, el estado **Evrugo**. «Es un sistema para que cuando una persona penetre en mi territorio se encuentre con los ritos y símbolos que lo definen, del mismo modo que cuando se entra en una iglesia se aprecia una ordenada y clara definición espacial con su correspondiente señalización».

Su estado fue creciendo, una amiga que le introdujo al mundo artístico berlinés se convirtió en embajadora (**Omora**) de **Evrugo**. Pero también en su estado hay pérdidas, en su mundo existe la muerte, la pérdida de un amigo miembro le causó un desequilibrio emocional.

Zush sigue trabajando en Barcelona a un ritmo impresionante. Desde 1987 ha entrado en el mundo digital y gran parte de su obra está presente en su página web en internet, aunque con sinceridad confiesa que no es «un experto» de los ordenadores.

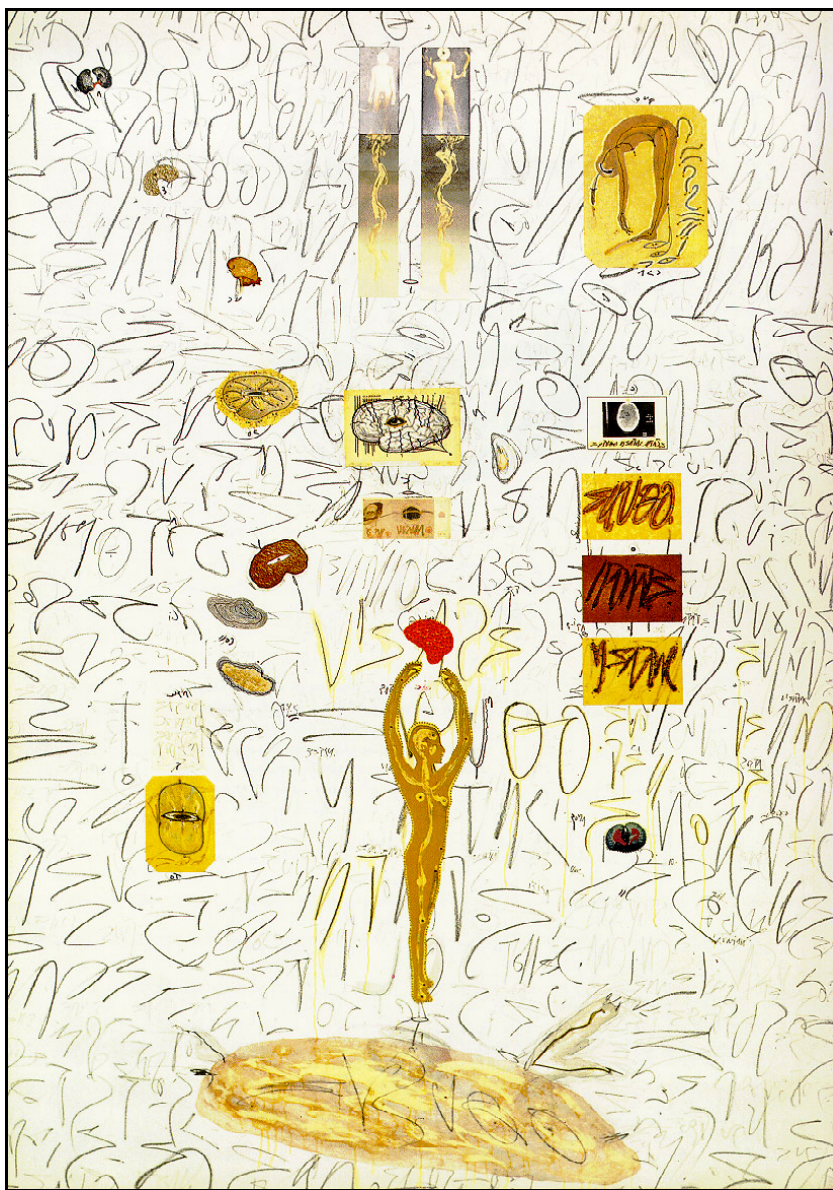


Ilustración 58: «Evrugo Mental State. The Center of the State», 1982. Técnica mixta.

En la cafetería del «Círculo» seguía explicando su relación con el mundo digital: «Lo que me preocupa mucho en el mundo digital es que nos están vendiendo los ordenadores como la solución para el ser humano pero en definitiva no deja de ser una prótesis. La tecnología no hace nada nuevo lo que hace es multiplicar lo que está hecho. Hay que entender el ordenador como un medio para hacer cosas y no algo que te atrofia. Yo lo tuve que trasladar de mi estudio porque soy tan adicto, así cuando voy a pintar sé que pinto. Tienes que

saber disciplinarte y no estar siempre delante del ordenador. Dice que está separando las dos cosas, entre su taller — la pintura — y el trabajo con el ordenador».

«Aquí viene lo que llamo la parte psicomaneual digital, todos somos psicomaneuales digitales y todos tenemos ideas. Lo maneual: tenemos un cuerpo y ahora tenemos la extensión digital y lo difícil es encontrar una armonía. No ser puramente conceptual que es la parte psique no ser solamente maneual y no estar siempre digital. Intentar encontrar una armonía entre estos tres territorios entonces es cuando realmente te puedes sentir bien».

«Otra cosa que me fascina mucho del ordenador es que puedes conseguir un arte atemporal. Tú coges por ejemplo una cosa de la prehistoria, la metes en el escáner y traes una cosa del pasado al presente y con el ordenador puedes pasar al futuro. Luego está el proceso dentro del tiempo y entonces de alguna manera encuentro la temporalidad».

8.8.3 El proyecto con Zush

Durante el encuentro Zush mostró mucho interés por el trabajo en el hospital con pacientes psiquiátricos, se refirió a la *Collection de l'Art Brut* de Lausanne y a la exposición «Visiones Paralelas» que tuvo lugar en el Mncars y en la cual no participó, aunque sentía que su obra está relacionada.

En el mes de junio del año 2000 la obra de Zush se iba a exponer en el mismo museo y ésta podría ser una gran oportunidad para llevar a los alumnos/a a verla y a conocer al artista. La idea es que ellos puedan observar la obra y averiguar cómo unos dibujos de «monstruos» habían podido llegar a las paredes de un museo, de tener la oportunidad de conocer un artista, hacerle preguntas y romper la pared entre lo normal y lo anormal.

Aunque la experiencia de ir con ellos a museos no iba a ser nada nuevo, la exposición de Zush sería algo distinto. Él es un artista que ha estado en una clínica psiquiátrica, su obra contiene varios «monstruos», caras «raras», rostros deformados, ojos «suelos» y otros motivos insólitos. Naturalmente la intención no era la de asustarlos, sino de mostrarles que un artista muy famoso está pintando formas que a veces aparecen en sus dibujos y que les parecen anormales, creen que son productos de la enfermedad y que no tienen ningún valor artístico.

Por otro lado podrían preguntar al mismo creador sobre los cuadros y tener una respuesta de «primera mano». Eso les ayudaría a tener más confianza en ellos mismos y a sentirse importantes puesto que iban a poder entrevistar a un artista famoso.

El hecho que a estas personas en la mayoría de las veces no se les toma en serio y bajo de la influencia de una crisis de su enfermedad hasta pueden llegar a ser indeseables, no les permite tener mucha familiaridad para expresarse. Por medio de la pintura pueden sentirse más libres.

Zush comentó que ya había tenido una experiencia parecida con niños. «¡Ellos», dice, «me entrevistaron y lo primero que me preguntaron era lo que valían mis cuadros!» [...] «A mí lo que más me gusta es cuando la gente después de ver una exposición mía me dice que les han venido ganas de pintar y hacer cosas».

Zush dice: «Uno ayuda a otras personas a curarse, no sólo se cura él» y se refiere al proceso del arte como terapia. Parece que tiene muy clara la cura a través de la pintura, en el catálogo de la exposición aparece un diccionario con 54 palabras elegidas por él, una protesta contra los diccionarios oficiales. Entre otras define la palabra «Medicina: Arte para curarte; pues justo eso... A mí lo que me gustaría es que esta exposición la visitaran los enfermos mentales».¹⁶⁰ Y otra palabra: «Perejil: Me gusta con ajo. Y es una hierba muy alegre, ¿no? Este invierno pasado he puesto fin a mí fobia con el verde. A base de utilizarlo en todos sus tonos, ya me he curado».¹⁶¹

Le gustaría que los alumnos/as fueran a verle para dedicarles tiempo, le gustaría organizar un taller de pintura con ellos, sabiendo que en el museo no iba a ser fácil, propuso hacerlo en «su casa». Desde hace unos años y cuando lo permite la situación instala su propia casa en el mismo lugar que está exponiendo y allí habita y pinta durante la exposición. Fue difícil, pero al final consiguió que le permitieran hacer lo mismo en el Mncars, dijo que le parecía muy provocativo quedarse a dormir en un museo que ha sido un manicomio y que mucha gente comenta que por la noche salen «fantasmas»!

Más tarde dijo que le interesaría ir al hospital y organizar otro taller allí, lo llamó el «intercambio» entre la hospitalidad en «su casa» y el lugar donde pintan ellos. Le gustaría ver lo que están haciendo. En este momento se presentó la oportunidad de enseñarle una muestra seleccionada de dibujos. Mientras los iba mirando propuso que sería interesante ponerlos en el mundo de los ordenadores.

Le gustaban los dibujos, dijo que estaba disfrutando mucho con ellos pero no podía analizarlos. Es algo que no consigue ni siquiera con su propio trabajo. «Te voy a comentar algo muy divertido», dijo. «un crítico en Suiza me pidió que le escribiera un texto sobre mi trabajo, [sobre lo] que pensaba. Entonces yo le mandé el texto en mi idioma, en *asura*, y los pobres suizos que son tan razonables me escribieron una carta diciendo que hemos llevado tu texto a un sitio donde traducen hasta suahili y no saben qué idioma es. Nos podría decir, por favor, qué idioma es?».

¹⁶⁰ ULLÁN, José-Miguel, (2000), «Autobiografía no autorizada, seguida de 54 imágenes apalabradas», en: **ZUSH - La campanada**, Madrid, Mncars, (p. 51).

¹⁶¹ Ibid. (p. 59).

Iba mirando los cuadros y haciendo comentarios: «Eso es muy bonito, esto parece que es una tormenta, esto es muy fuerte, este chico tiene que estar muy mal, éste aquí ha hecho una choza, quiere marcar su territorio».

Observando un dibujo que está pintado dos veces, o sea un sobrepintado, se acordó de una época en la que estaba muy mal y sentía que pintaba mal, iba poniendo capas de blanco. Al final salía una cosa muy borrosa que casi no se veía.

«Esto es una cosa complicadísima pero es muy pictórico. Esto es muy bonito, y este otro es del mismo ¿no?, muy bien pinta este chico. Yo no sé pintar con estas pinceladas tan libres. Me autolimité, me da miedo dejarme tan libre. Este es puramente *mironiano*!»

Pasó el tiempo, y Zush tuvo que volver a Barcelona. En el mes de junio Zush ya habitaba «su casa», en la exposición «**La campanada**» y nos recibió con mucha alegría tocando la campana que estaba colgada delante de su casa y que para él simboliza la bienvenida a un amigo. La casa era espectacular, todo hecho con mucho cuidado con unos objetos extraordinarios que él llama amuletos. Tenía un ordenador y allí trabajaba por las noches. No había ningún pincel, ni pintura, ni lienzos. ¡Todo era «digital»!

La exposición era un recorrido a través de su obra de todos los años creativos. El trabajo de Zush no deja de ser fascinante e impresionante por su cantidad y la variedad, muñecos de madera, muestras de objetos de su estado, como el dinero, la bandera, su pasaporte y muchos cuadernos llenos de sus dibujos, de *collages* y textos en su propio idioma. Estos libros para Zush son igual de importantes y valiosos que sus cuadros, en ellos se descubre su mundo, en un tamaño mucho más pequeño pero con todas las características de su obra: fotos, recuerdos, apuntes de sus viajes, sus ideas, sus pensamientos, todo tiene un lugar en su arte, todo es valioso para su expresión, para curarse como él dice.

«Mi obra se manifiesta en gran medida como la de los locos: no teme Zush manifestar que su creación espacial se construye mediante el conflicto entre dos niveles, que él mismo nombra como automático y racional».¹⁶²

Es obvio que para Zush lo más importante es la expresión y no cómo le caracterizan los demás. ¿El *arte para curarte*, de que pretende curarse Zush? ¿De una enfermedad adaptada o de sus fobias y sus obsesiones? Zush adora sus «monstruos», los embellece con los colores, los acompaña con escrituras misteriosas y secretas lo mismo que el cuerpo humano. «Me encantan los cuerpos desnudos... Y si hay cuerpos feos, yo les saco unas fotos y los trabajo hasta dejarlos bellos».¹⁶³

¿Fue su amor por la belleza la fuerza que guió a Zush a expresarse de tal manera, o la expresión de otros artistas esquizofrénicos que le inspiraron?

¿Cuál es la diferencia entre la obra de Adolf Wölfli, las cabezas de ojos ovalados, símbolos de sus varias personalidades, *el collage*, la escritura en los cuadros y las creaciones de Zush de las que el mismo dice que no tienen ningún sentido y que son palabras esquizofrénicas?

Al final el proyecto no se pudo realizar porque un día antes del encuentro con los alumnos/as, Zush tuvo que regresar inmediatamente a Barcelona porque se había muerto su madre.

Unos meses más tarde, en febrero de 2001, nos volvimos a encontrar con Zush en Barcelona para «despedirnos». ¡Zush, había decidido matar a Zush y volver a ser de nuevo Albert Porta! Seguirá haciendo sus obras, teniendo su estado, teniendo la necesidad de crear pero sin Zush.

En el Museu d'Art Contemporani de Barcelona (Macba), al mismo tiempo que la exposición de La *Colección Prinzhorn*, Zush expuso su obra bajo el título «Tecura». Zush explicaba a los visitantes como trabaja y tenía disponibles unos ordenadores donde los visitantes podían crear cuadros

¹⁶² COPÓN, Miguel, (2000), «Quincuagesimoquinta utopía», en: **ZUSH - La campanada**, Madrid, Mncars, (pp. 127-128).

¹⁶³ ULLÁN José-Miguel, ob. cit., (p.48).

propios transformando los cuadros de Zush con un programa especialmente adaptado.

En el mismo museo se organizaron talleres con enfermos mentales de cuatro centros diferentes donde Zush con algunas monitoras tuvo la oportunidad de una «experiencia extraordinaria para ellos y nosotros».

Con ocasión de las dos exposiciones se organizaron una serie de conferencias y debates bajo el título de «*Arte, Locura y Cura*», en los que participaron psiquiatras, artistas, psicoanalistas y una profesora de la Universidad de Barcelona.

El día 23 de febrero de 2001, Zush desapareció. El día 24 de febrero, Alberto Porta estaba en su «casa» en el MACBA dibujando en un pequeño cuaderno...

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

9. ANÁLISIS DE UNA MUESTRA DE OBRAS DEL TALLER

9.1 Metodología de trabajo. Criterios de selección de la muestra

A lo largo de los tres años se obtuvieron aproximadamente 300 dibujos que forman parte de la producción de un total de 50 pacientes ingresados en el Hospital de Día anteriormente citado.

De ellos han sido seleccionados un total de 36 obras pertenecientes a una parte de los pacientes mencionados (12) Se ha analizado la muestra según los criterios de análisis y esquema de codificación expuestos más adelante.

La selección se hizo en base de los siguientes criterios:

1. Los alumnos/as sufrían la enfermedad de esquizofrenia.
2. Dibujos de alumnos/as que han participado en el taller durante un largo periodo.
3. Alumnos/as en los que se había observado un cambio de actitud y en los que se manifestó una comunicación a través de los dibujos.

Hay que anotar que el taller de pintura estaba abierto para todos los pacientes. No se quería hacer ninguna excepción. En él podían participar todos los pacientes que estaban ingresados durante el periodo de mis prácticas en el hospital. Había también pacientes que sufrían de otros trastornos como la bulimia, la anorexia, eran maniodepresivos o depresivos.

Otros estaban en la última fase de tratamiento y venían dos veces por mes o sólo una vez y no siempre el día del taller. Por ello no se pudo seguir una observación continua en su conducta y tampoco tuvimos la oportunidad de relacionar su obra, puesto que de algunos puede haber sólo uno o dos dibujos.

9.2 Análisis de la obra, esquema de codificación

—Diversidad de elementos

a. Reconocimiento de elementos precedentes (pertenecientes a la historia del arte — vanguardia, estilo corriente) SÍ–NO

–Justificación en los casos positivos.

b. Reconocimiento de elementos idiosincráticos del alumno/a SÍ–NO

—Síntesis de la imagen — Estructuración

a. espacio

vacío — lleno (porcentaje de superficie pictórica)

central — parcial

b. ritmos, regularidad (pinceladas)

c. variedad o repetición de formas, líneas, motivos, colores

d. movimiento — quietud

e. Perspectiva — punto de vista

—Contrastes

a. cromático

claro — oscuro

primarios — secundarios

fríos — cálidos

b. formas

puras — compuestas

absolutas(puras) — relativas

geométricas — orgánicas

primarias– secundarias

planas — volumétricas o espaciales

c. líneas

rectas — curvas
gruesas — potentes
regulares — irregulares
cortas — largas
verticales — horizontales

—Análisis de las formas

- a. según su relación
 - juntas — separadas
 - delante — detrás
 - arriba — abajo

- b. según su composición
 - simétricas — asimétricas
 - equilibradas — desequilibradas
 - armónicas

- c. según la luz y el color
 - monocromas — policromas
 - opacas — transparentes

9.3 Campo de trabajo

En las siguientes páginas se va a presentar a los alumnos/as, en primera instancia como pacientes con la ayuda del historial clínico que facilitó por escrito el psiquiatra Alfonso Calvé, director del Hospital de Día de la «Clínica Puerta de Hierro». En una segunda parte sigue una descripción de los mismos durante los talleres y, por último, se presentan los resultados de los talleres que se muestran desde un punto de vista artístico. Los comentarios de los dibujos están escritos en base del esquema que se puede ver en las páginas anteriores. Se ha intentado establecer un código de identificación y de evaluación que sea fácil de seguir. Los comentarios sobre los cuadros, que hacen los mismos alumnos/as, están extraídos del diario de campo que se ha llevado durante los tres años que duró el taller de pintura en el Hospital de Día.

9.3.1 Pedro

9.3.1.1 Descripción clínica

Pedro es un varón de 36 años, soltero que vive solo y circunstancialmente con sus padres. Tiene una hermana de 34 años. Su nivel educativo alcanzó el segundo grado de Formación Profesional, en la especialidad de Electrónica y Telecomunicaciones. Ha trabajado como mecánico hidráulico, estando en actualidad en paro laboral.

Es enviado al Hospital de Día desde la Unidad de Agudos de la Clínica Puerta de Hierro, donde ha estado ingresado las tres semanas anteriores por presentar trastornos de conducta caracterizados por la existencia de alucinaciones auditivas, ideas delirantes e inadecuación social con agresividad hacia el entorno y hacia quienes trataban de contenerlo.

La enfermedad se inició a los 19 años, precisando ingreso hospitalario al menos en siete ocasiones, ha sido diagnosticado de:

- Esquizofrenia Paranoide
- Abuso de alcohol

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

- Abuso de cannabis
- Abuso de cafeína

Durante los años de su enfermedad ha tenido trabajos discontinuos, interrumpidos ocasionalmente por episodios psicóticos. En los últimos diez meses, sin ocupación, ha permanecido más aislado, atendido en sus necesidades básicas por su familia paterna, con mayor consumo de alcohol y cannabis.

El tratamiento farmacológico en régimen ambulatorio ha sido insuficiente y de cumplimiento dudoso.

En el Hospital de Día ha participado en los grupos de actividades del programa general con desigual interés y durante los primeros meses del tratamiento el cubrimiento farmacológico escaso, aconsejó establecer la intimación de antipsicóticos de acción prolongada. No obstante lo anterior ha manifestado interés específico en las actividades del Grupo de Pintura, al que ha acudido con asiduidad.

Durante el tratamiento en el Hospital de Día se presentaron ocasionalmente, aunque mitigadas, las pseudo–alucinaciones auditivas, las ideas delirantes y el trastorno de la vivencia del yo, sin que se haya dado participación en la dinámica del delirio y con crítica posterior de estos episodios. Estas manifestaciones psicopatológicas han acaecido relacionadas, sobre todo, con abusos episódicos de alcohol y cannabis. En el Hospital de Día nunca presentó actitudes agresivas ni trastornos del ánimo, ni del control de impulsos. No se han registrado ideas autolíticas ni trastorno del sueño. Persiste anergia y anhedonia con tendencia al aislamiento e inactividad por lo que se ha recomendado su incorporación a un programa de Rehabilitación Psicosocial ambulatorio tras el alta del Hospital de Día, y continuar su tratamiento farmacológico bajo control del equipo de salud mental comunitario.

9.3.1.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Pedro es un chico muy educado y simpático, desde el primer día ha dicho que le encanta la pintura y le apetece mucho estar en el taller para aprender más. Es una persona seria y respetuosa hacia sus compañeros, no ha mostrado nunca ninguna actitud extraña aunque a veces viene muy triste y sin ánimo, a menudo se queja de la falta de relaciones extraclínicas, dice que desde la enfermedad no le quedan muchos amigos y así no podía salir. «A veces voy a tomar café con el *walkman* puesto, escuchando la música siento que estoy con gente. Aquí (en el taller) estoy a gusto tengo compañía, te tengo a ti que parece que me quieres porque me enseñas a pintar y hago algo bonito».

Las nubes de tristeza desaparecen de su cara cuando empieza a pintar, se pone muy serio y se dedica en exclusiva a lo que está haciendo, en ocasiones pregunta cómo puede conseguir algún color concreto o si está bien lo que está haciendo. Pinta con mucho cuidado cada motivo y con mucho orden y disciplina, a menudo se observa temblor en sus manos, y él sujeta una mano con la otra para conseguir más estabilidad y sigue pintando. Sorprende cada vez que se ven sus los motivos geométricos casi perfectos. ¿Cómo es capaz de hacer estos círculos tan perfectos con este problema? Pedro parece que no lo recuerda, el temblor no le impide dibujar bien, es perfeccionista, le molesta cualquier mancha accidental de color en su dibujo y siempre intenta quitarla, nunca la aprovecha para incluirla en su dibujo. En general tiene una idea concreta de cómo quiere hacer su obra y le gusta cambiar.

Sus dibujos en la mayoría de los casos son abstractos, con motivos geométricos o formas compuestas con colores puros y fuertes. Al principio utiliza mucho los colores rojo, azul y negro porque dice que le gusta mucho el contraste entre ellos. Poco a poco empieza a añadir más colores y experimentar otras maneras de pintar pero conserva su estilo hasta el final del curso. Muestra mucho interés en cualquier cosa que se dice sobre arte y participa en todas las visitas a los museos y las exposiciones que se hacen. Allí observa cada cuadro o escultura con mucha curiosidad y quiere saber cosas

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

sobre la técnica, la luz, los contrastes. De hecho, cuando vuelve a su casa piensa mucho sobre la pintura, hasta que empieza a dibujar pequeños bocetos de nuevos cuadros que le gustaría hacer. Los trae al hospital y pide mi opinión, poco a poco comienza a dibujar constantemente en casa. Se siente mejor, como el dice, porque antes no tenía nada que hacer...

Sus cuadros salen cada vez mejor, con más fuerza y expresión. El parece más seguro e interesado por el arte. Por lo tanto sigue asistiendo a las sesiones de pintura después de que los médicos le dan el alta, incluso hasta un año más tarde asiste durante algunos meses voluntariamente.

Desde el punto de vista artístico, la obra de Pedro tiene mucho valor y es muy interesante en el marco del arte contemporáneo.

9.3.1.3 Resultados de los talleres



Ilustración 59: Pedro, «Ayer, hoy, mañana».

Según el esquema de codificación, la síntesis ocupa toda la hoja, hay un ritmo, una variedad de motivos y movimiento. Hay contrastes cromáticos, de líneas, de formas, algunas combinadas, otras separadas. En general el dibujo tiene simetría y profundidad.

La síntesis es equilibrada. El tema principal se encuentra en la parte derecha inferior, sin embargo, arriba en la parte izquierda hay otro motivo geométrico, lo mismo que en la parte derecha superior, estos elementos enriquecen la composición. En la parte principal encontramos la repetición de una misma forma con distintos colores, pero su colocación da una profundidad en la síntesis. En el primer plano tenemos la forma de un círculo amarillo sobre otros dos, que están en un segundo plano, y en un tercer plano tenemos el resto de los motivos. Los colores son limpios, puros o compuestos, pero siempre de manera concisa y cuidada. El fondo está pintado del mismo color con pinceladas más gruesas y libres. Causa la impresión de estar en frente a una obra «completa», es decir que no falta ningún elemento, ni tampoco se puede cambiar ninguno de lugar. Gusta el resultado y está muy bien acabado, cada elemento está en su sitio.

El pintor explica que los círculos principales se refieren a su vida. «El primer círculo, *Ayer*, es la época cuando estaba muy mal; el círculo amarillo es mi estado *Hoy*, mejor que ayer, pero con un contorno azul quiero decir que todavía lleva algo del pasado. Lo mismo que en el círculo naranja el contorno azul significa lo desconocido, pero con la esperanza que va a ser bueno. El color amarillo, color cálido, significa el futuro, *Mañana*, más agradable, aunque el contorno azul sigue estando allí. La línea negra a los lados de los círculos es la enfermedad, más densa y fuerte al principio y menos al final. Con los motivos alrededor quería representar varios días de mi vida, estados de mi enfermedad, las veces que me encontraba bien y las que no».

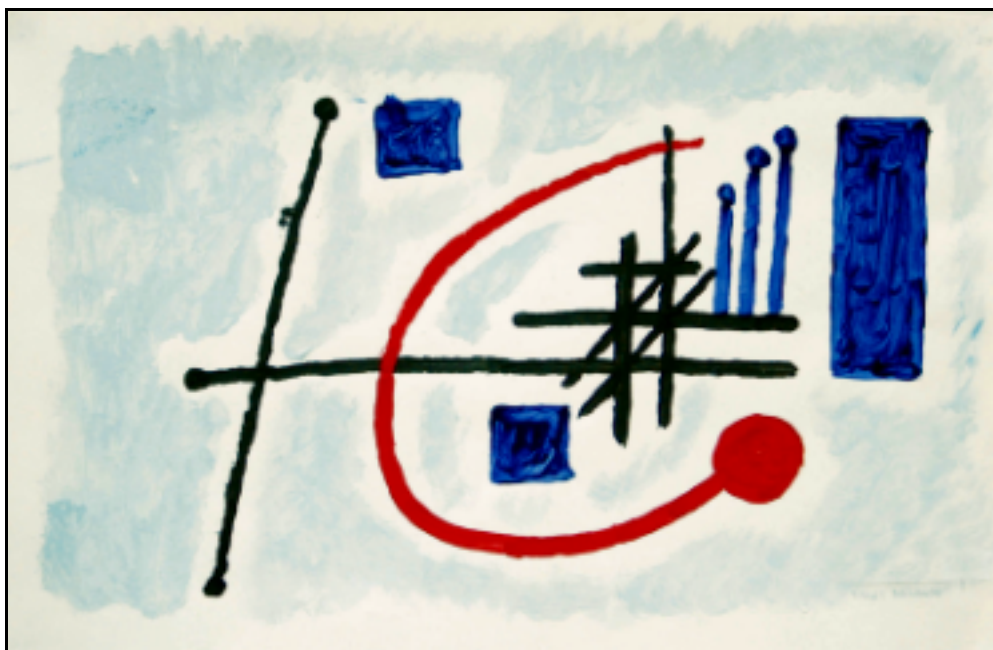


Ilustración 60: Pedro, «Bailando». Dibujo realizado después de la visita a la exposición «África: Magia y Poder».

El dibujo ocupa todo el espacio con ritmo y variedad de formas y líneas. Hay un movimiento y contrastes de colores, de formas y de líneas. Las formas según su composición son equilibradas, están juntas o separadas y son monocromas.

Es una obra muy bien compuesta, podemos observar un contraste de formas entre el gran rectángulo y los dos cuadrados más pequeños, estas formas están separadas por un círculo que completa la balanza. Hay otra simetría producida por las líneas, en algunas partes las encontramos grandes, curvas, verticales u horizontales y otras más pequeñas, compuestas o diagonales, pero siempre muy concisas y seguras. Como podemos observar en varios trabajos de este pintor, su manera de componer, es sorprendente. Parece que detrás existe una filosofía muy definida, una filosofía pictórica que le permite ser exacto y al mismo tiempo expresivo. Aunque es minimalista en las formas y los colores, nos presenta una obra rica en movimiento, que tiene la capacidad de mover toda la quietud de las formas azules, más pesadas y estáticas.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Pedro dice que así se imagina una fiesta africana. «Las tres líneas azules representan los africanos, el resto de azul la música, las líneas negras los pasos y el rojo es el movimiento de baile».

Es un movimiento que transmite fuerza, la fuerza de un poder para cambios que rompe el silencio y permite soñar...



Ilustración 61; Título: Pedro, «Niño en el río». Obra realizada durante la actividad «Viaje a otro país» (Túnez).

La síntesis ocupa todo el espacio. Hay variedad y contrastes en colores, líneas y formas. Con respecto al análisis de las formas según su composición, éstas son equilibradas y policromas.

Observamos un paisaje abstracto, pintado con mucha libertad. El estilo es expresionista, aunque hay referencias realistas: el verde de los arboles, también hay referencias al impresionismo: las pinceladas puntillistas. De ninguna manera podríamos decir que estamos en frente de una pintura primitiva o infantil. Este dibujo está hecho con una abstracción perfecta, con formas compuestas y contrastes de colores, el pintor ha conseguido dar profundidad y varios niveles a su obra. Por ejemplo, en el primer plano tenemos los colores cálidos, rojo y marrón, puestos con pinceladas transparentes, suaves y horizontales. Encima el rojo y el azul más opacos y un motivo vertical que rompe el ritmo ligero y da

estabilidad. Seguimos en el segundo plano, donde las pinceladas son más fuertes, a veces transparentes y otras opacas, y de colores fríos, más bien claros. De repente aparece una forma ovalada compuesta de dos colores fríos, fuertes — azul y verde — que producen una quietud en el ritmo perturbado. Seguimos con un horizonte en el tercer plano con líneas rectas, verticales, finas o gruesas, seguidas o interrumpidas, para acabar al final en unos motivos con pinceladas verdes por encima y unas líneas transparentes al fondo.

Pedro utiliza pocos colores y los motivos son siempre monocromos pero alcanza una variedad de contrastes jugando con las pinceladas y con lo transparente y lo opaco. Repite los colores pero con un profundo conocimiento de composición, sabe exactamente donde hay que repetir el color para conseguir un resultado armónico, simétrico. Es sorprendente la seguridad con la que pone cada pincelada: no hay correcciones, algunos toques de distinto color encima de otro están puestos a propósito para enriquecer el resultado. La composición en general es horizontal, fluida, y lo que la concreta, la estabiliza, es el motivo azul con rojo en la parte derecha baja y las líneas verticales del fondo. Estos elementos son el niño, la ciudad lejana y el río en medio, dice Pedro. Metáfora abstracta, resultado perfecto que no tiene nada que envidiar a una obra contemporánea.



Ilustración 62: Pedro, «Círculo dominante».

La composición ocupa toda la hoja, aunque el tema está en el centro. Regularidad en las pinceladas, variedad en las líneas y motivos. Repetición de formas geométricas. Contrastes cromáticos y de líneas.

Lo que llama la atención en esta obra es el círculo rojo totalmente centrado, impresionante por su tamaño y color, *dominante* según el pintor. Pero se trata de una forma que, aunque autónoma, está rodeada de otros motivos y colores fuertes. El azul, tan absoluto en las líneas diagonales, y la repetición del círculo son una propuesta muy atrevida por parte del pintor que consigue calmar la tensión con unas pinceladas verdes y amarillas alrededor. En general, no podríamos decir que las pinceladas verdes sean tan seguras o concretas, sino que obedecen a una necesidad de color sin ninguna intención de motivo. Son más bien pinceladas ligeras que pueden interpretarse como manchas contrastadas de color, al contrario, los puntos amarillos y azules en el fondo, aunque no caracterizan ningún ritmo, enriquecen la síntesis y disgregan la densidad del centro, creando un ambiente ligero. El sentido de una fuga diagonal es contraído por las líneas rojas horizontales a los dos lados del círculo,

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

estas líneas están cortadas a su vez por las manchas verdes, con la excepción de una que está pintada por encima, dando una salida y dejando abierta de este modo la composición.

Una vez más nos encontramos con un estilo de monocromía en las formas y los motivos, colores puros y limpios, sencillos, pero el resultado es polimorfo y admirable, fuerte y sensible a la vez. Está realizado magistralmente, la *dominación* del círculo se debe a la perfección de su forma — característica de este pintor. Es emocionante, porque se trata de una persona cuyas manos casi siempre están temblando, muchas veces utiliza las dos para conseguir estabilidad.



Ilustración 63: Pedro, «Sin título 1». Obra realizada durante la actividad de lectura de poesía.

Síntesis estructurada sólo en el centro y en la parte izquierda de la hoja. Irregularidad en las pinceladas, variedad en las formas y repetición en las líneas. Hay movimiento y contrastes cromáticos, de formas y de líneas, las formas están juntas, son simétricas y su color es monocromo y opaco.

Un baile de colores, de formas y de líneas es lo que podemos observar a primera vista en esta obra. Movimiento y melodía. El círculo grande en el

centro da la impresión de un instrumento musical, de un tambor, quizás con un palillo que sería el elemento diagonal rojo que termina en un círculo verde. Si aislamos la forma principal, el círculo, estamos en frente de un paisaje redondo, un mundo policromo con colores fuertes, primarios, pintados con pinceladas de distintos ritmos, algunas son opacas y otras transparentes, de modo que dejan paso a una segunda pincelada de color diferente y dirigida en otra dirección. Una agitación circular es subrayada por un contorno azul que nos conecta con el ambiente exterior compuesto de formas más decididas. El rectángulo azul está interrumpido por una línea curva que describe un movimiento hacia el lado derecho. Un círculo pequeño al final de esa línea nos interrumpe el «viaje» y nos señala otro motivo. Una forma rectangular puesta en diagonal que acaba en un círculo opaco pintado con seguridad, pero con un cierto descuido en los bordes, es una forma geométrica con los límites no completamente definidos, probablemente para que encaje mejor en el círculo principal. Los pequeños puntos encima comprueban que no estamos delante de la obra de un pintor, que no sabe que quiere hacer, sino de uno que le interesa el detalle y la perfección. Hablando de la perfección podríamos decir que del motivo al lado izquierdo no tiene ninguna definición geométrica, ni tampoco matices de pinceladas que pudieran servir como fondo, sin embargo, es absolutamente aceptado gracias a los colores, por un lado repetitivos, por otro refrescantes y necesarios para completar la síntesis. Una obra abstracta pero muy jugosa que nos invita a un viaje imaginario...

Pedro la describe: «Una persona sola en el mundo, perdida, confundida. Las líneas negras significan la enfermedad. El rojo la vida, la soledad. El azul simboliza lo normal, lo bueno, la vida sana. El amarillo simboliza la esperanza».



Ilustración 64: Pedro, «Sin título».

La síntesis ocupa la gran parte de la hoja, aunque en el lado izquierdo hay un vacío. Hay ritmos e irregularidad en las pinceladas, una variedad en las líneas, colores, formas y motivos. Hay movimiento y profundidad. Observamos contrastes cromáticos y de líneas.

Estamos delante de una propuesta de movimiento tanto cromático como de formas. Observamos una viscosidad de colores desde los pequeños puntos, pasando por las pinceladas más gruesas, hasta los motivos opacos. Líneas diagonales, curvas, horizontales. El círculo rojo vuelve a estar presente, rodeado de motivos de su color complementario (el verde). En general, la distribución de los colores es impresionante, cada uno está combinado con el otro de una manera que no deja segunda opción, no podemos decir que algo nos molestara, ni que habría que cambiar algún elemento y ponerlo en otro sitio. La composición está tan excelentemente equilibrada que no caben cambios. Pedro ha conseguido una armonía, tanto cromática como rítmica, jugando con las líneas y el espacio blanco entre los motivos, y nos presenta un resultado artísticamente muy válido.

9.3.2 Julio

9.3.2.1 Descripción Clínica

Julio es un varón de 34 años, soltero, que vive con su madre y tiene una relación de pareja estable desde hace más de diez años. Cursó estudios universitarios completando el grado de doctor, trabajó como filólogo especialista en lenguas románicas, en Edad Media, durante dos años. Su actividad laboral quedó interrumpida por el comienzo de la enfermedad hace 15 años, aunque esporádicamente ha desarrollado trabajos relacionados con su formación. Fue diagnosticado de esquizofrenia paranoide, y pese al tratamiento ambulatorio precisó ingreso hospitalario en dos ocasiones, en los años 1985 y 1995.

Remitido al Hospital de Día por su psiquiatra habitual al persistir trastornos psicopatológicos y aislamiento social, sospechándose un cumplimiento irregular del tratamiento y posible abuso de benzodiazepinas.

A su llegada al Hospital de Día su estado clínico se caracteriza por presentar crisis de ansiedad aguda, ánimo disfórico, suspicacia e irritabilidad. Frecuentes trastornos de la percepción: alucinaciones auditivas de contenido referencial, distorsión de las imágenes y de la refracción de la luz, difusión e influencias externas en su pensamiento. Bloqueo del pensamiento. Ideación delirante de contenidos paranoides. Además, su madre y su pareja refieren apatía y abulia intensas, tendencia a la inactividad y abandono de todo tipo de actividad relacional excepto ocasionales salidas al cine con su pareja.

Se ratifica el diagnóstico de esquizofrenia paranoide y se establece el de abuso de benzodiazepinas.

En el Hospital de Día ha participado en los grupos de actividades, mejorando progresivamente sus relaciones interpersonales y su integración en el grupo social. Las dificultades iniciales sobre el control y cumplimiento exacto del tratamiento antipsicótico establecido dieron paso, a lo largo de los cuatro meses de estancia en el programa, a una colaboración franca y un alto grado de satisfacción por la mejoría conseguida. Además del programa de actividades

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

común a todos los pacientes participó activamente en un grupo de psicoterapia «ad hoc», y se incorporó al grupo de pintura con interés, prosiguiendo en su actividad creativa después de ser dado de alta del Hospital de Día.

Conseguida la remisión completa de los trastornos psicopatológicos, hace crítica de los síntomas psicóticos padecidos y reconoce un consumo abusivo y desordenado de benzodiacepinas. Reanuda actividades de formación para actualizar sus conocimientos y reciclarse profesionalmente hacia empleos de mayor demanda.

Continuará tratamiento psiquiátrico ambulatorio y seguirá un programa de rehabilitación psicosocial en un centro especializado.

9.3.2.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Desde el principio de acudir el taller impresionó tanto por el aspecto físico como por su actitud. Tiene una apariencia cuidada, está bien vestido y limpio. Es una persona muy educada y cuidada en su actitud. Daba la impresión que no iba a tener ningún problema de comunicación.

De manera muy graciosa dijo que la pintura le hacía mucha ilusión pero que él no era capaz de hacer nada bien y que no se esperara nada especial. Sin embargo le apetecía intentarlo...

Durante las sesiones de pintura colabora en todas las labores de preparación y, aunque al principio le da miedo realizar su dibujo, al final lo intenta y siempre pregunta como está y si ha mejorado desde la última vez. Dice que le gustaría hacer una obra muy bonita porque así la profesora se pondría muy contenta. A veces viene con mal humor o depresivo pero esos estados de ánimo no le suelen durar mucho. Sabe escuchar y es muy sensible a cualquiera expresión de cariño y de apoyo. Cuenta que le gustaba mucho escribir y un día

dejó una colección de sus poesías. Nunca se ha puesto agresivo ni desagradable hacia sus compañeros o hacia la profesora, al contrario, siempre tiene una buena palabra para todos.

Su pintura es muy expresiva, con colores puros o combinados pero siempre puestos con fuerza. Julio tiene un estilo personal que se expresa con motivos repetitivos y característicos en su pintura. La insistencia sobre ciertos motivos, la espiral y el laberinto, es casi obsesiva. El mismo se da cuenta de esta frecuencia pero la interpreta como consecuencia de su enfermedad. «Lo bueno es que tengo la oportunidad de expresarlo así, como lo siento, dice Julio Estoy buscando la salida pero es muy difícil y yo soy débil, ¿cómo podría salir de este laberinto? La espiral significa las vueltas que doy buscando el camino, de que estoy impotente, mi problema me agobia pero aquí me encuentro mejor. Mirando mis dibujos desde lejos observo que tienen su gracia...».

Observando los dibujos de Julio, desde un punto de vista artístico, son más bien fuertes, expresivos y el dinamismo de los colores les da todavía más valor. Julio dice que sus motivos son señales de ineficacia pero una vez terminados los dibujos, sin que los explicara, se trata de obras de un artista que sabe componer muy bien una síntesis, manejar los colores y utilizar los contrastes de una manera muy segura. Mientras los símbolos de la espiral y del laberinto pueden tener otro significado: «La espiral es un motivo simple: se trata de una línea que se enrolla sobre sí misma, a imitación quizás de las numerosas espirales que se encuentran en la naturaleza, sobre las conchas por ejemplo. Es un motivo abierto y optimista». ¹⁶⁴ y «El laberinto conduce también al interior de sí mismo, hacia una suerte de santuario interior y oculto donde reside lo más misterioso de la persona humana». ¹⁶⁵ Estos motivos también se pueden encontrar en obras de varios artistas contemporáneos o antiguos (Leonardo Da Vinci) como símbolos religiosos y espirituales de varias sociedades, un sistema de defensa como en la mitología griega (Minotauro y Ariadna), así que todo esto justifica una interpretación diferente que no tiene nada que ver con la enfermedad o su sintomatología.

¹⁶⁴ CHEVALIER, Jean y GHEERBRANT, Alain, (1995), *Diccionario de los Símbolos*, Barcelona, Edit. Herder, (pag. 479)

¹⁶⁵ Ibid. (p. 621)

Con el tiempo Julio empieza a interesarse más por la pintura, a tener más paciencia con su obra en el sentido de buscar una solución mejor ante el tema, a tener confianza en sí mismo, a pintar con más fuerza y a «buscar el mejor color para expresarme» como a menudo dice. En referencia a las visitas a las exposiciones participa en todas y muestra gran interés en observar los cuadros, tanto por el resultado como por el proceso creativo.

Cuando termina su tratamiento en el hospital, sigue acudiendo voluntariamente a las sesiones de pintura. Ha proseguido dibujando solo.

9.3.2.3 Resultados de los talleres



Ilustración 65: Julio, «Corazón del sueño». Obra realizada en la actividad «La memoria del sueño».

Es una composición que ocupa todo el espacio con irregularidad en los ritmos, variedad en los colores, las líneas y los motivos. Hay profundidad, contrastes cromáticos y de líneas. Repetición del motivo de espiral.

En la síntesis de esta imagen podemos observar varios ritmos, una irregularidad entre las pinceladas y un movimiento en cierto modo caótico. Aunque el motivo principal pudiera ser la espiral por su posición, el dibujo que está alrededor es tan fuerte y llamativo que causa una confusión en la lectura de esta obra. Al mismo tiempo, con una mirada más atenta pasamos de la primera impresión a la segunda donde nos encontramos con una profundidad causada por la manera en que está pintada la espiral, por fuera hacia dentro y viceversa, de lo oscuro a lo claro. Precisamente son los colores y la fuerza de las pinceladas que hacen que esta obra sea valiosa y no la variedad de los motivos.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Julio dice que muchas veces entre la realidad y los sueños hay un caos, en el cuadro son las líneas y las pinceladas azules, rojas, negras. Cuando intenta analizarlo, se confunde más. En los sueños se pierde frecuentemente, porque es posible que sueñe distintas cosas a la vez. Otras épocas o sitios con personas que no tienen nada que ver los unos con los otros. Una mezcla que no es real, son los distintos colores de la espiral.



Ilustración 66: Julio, «Pasión invernal». Obra realizada después de la lectura de una poesía.

Es una composición que ocupa toda la hoja, de ritmos irregulares. Hay una variedad de colores, líneas y motivos. Hay movimiento y perspectiva.

Las líneas horizontales, verticales, serpentinadas, compuestas y gruesas, una espiral, un triángulo y la repetición de un círculo son los elementos que componen esta obra. Los motivos que aparecen entre las líneas y el vacío producen un movimiento vertical en los bordes y otro circular en el centro que además está señalado por una flecha. Hay poca presencia de formas geométricas puras, pero una variación de compuestas, juntas y separadas, producidas por las diversas líneas y los colores a veces opacos y otras transparentes. La mayoría de los colores son puros, bien combinados sobre el

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

papel, y la falta de colores secundarios no molesta, aunque a veces aparecen algunos, frutos de la casualidad — el verde al lado izquierdo. El conjunto de la composición, aunque asimétrico, tiene un equilibrio cromático.

Julio dice que con esta obra, quiere presentar su confusión personal. *Pasión invernal* es su pasión por la vida, por las cosas buenas que la enfermedad le impide disfrutar.



Ilustración 67: Julio, «Carnaval». Obra realizada en la actividad «Los colores del Carnaval».

Observamos una composición que ocupa todo el espacio, de varios ritmos, con una variedad en los colores, los motivos y las líneas. Hay movimiento y profundidad, contrastes cromáticos y de líneas.

Es una síntesis compuesta de líneas y colores con pocas formas geométricas, aunque encontramos unos motivos reconocibles. Un cuerpo monocromo de una mujer y características que pueden pertenecer a una máscara en los dos lados de la obra. En el centro hay un cruce de varias líneas

horizontales, diagonales, irregulares, serpentinas, verticales que pueden ser las serpentinas del carnaval, pero los colores fuertes nos producen una tensión y nos hacen pensar en que quizás ocurra otra cosa en este cuadro. No hay ninguna fiesta. ¿Será por el cuerpo sin cabeza o por la línea roja horizontal? Una línea irregular verde que nos puede recordar una serpiente, que en vez de con una cabeza termina con una flecha que indica el órgano sexual femenino. Estos elementos llaman la atención. No cabe duda que es un cuadro muy simbólico, expresivo a su vez y fuerte. Aunque no observamos ninguna organización del espacio, los motivos están en su sitio y componen una imagen de contrastes muy interesante artísticamente.

Julio dice que quiere presentar su vida desde un punto de vista humorístico como es el carnaval. El cuerpo femenino representa su novia antes de la enfermedad. «Era hermosa», dice, «era exactamente así como la he dibujado, bella, cariñosa. Era mi amiga, mi compañera, mi amante, yo era feliz. Luego vino la enfermedad (las líneas rojas) y me la quitó. No pude verla nunca de la misma manera, mi problema me impidió disfrutar de su belleza. Unos momentos buenos, luminosos amarillos me daban un poco de alegría, pero luego volví otra vez a mi locura. La máscara es la ironía, la enfermedad que me cambió la vida».

9.3.3 Alfonso

9.3.3.1 Descripción Clínica

Alfonso es un varón de 22 años, soltero, que vive con su madre y algunos hermanos todavía solteros, de una familia numerosa de clase social alta. Inicia tratamiento en el Hospital de Día por recomendación de su psiquiatra para intentar un tratamiento más eficaz de sus síntomas psicóticos, tratar de contener su conducta agresiva hacia su madre, y mejorar su aislamiento social.

La enfermedad comenzó a manifestarse a los 16 años de edad, interrumpiendo sus estudios en COU, presentando alucinaciones auditivas en forma de voces insultantes, conductas inadecuadas y extravagantes, suspicacia, temor y hostilidad hacia los demás. Incapaz de concentrarse en los estudios o mantener su atención en una actividad. En dos ocasiones fueron necesarios ingresos hospitalarios de más de un mes de duración cada uno para contención de su comportamiento y tratamiento intensivo de sus síntomas, siendo diagnosticado desde el principio de esquizofrenia, y recibiendo tratamiento antipsicótico pese al cual persistieron síntomas de actividad psicótica.

A su llegada al HD mostraba un pensamiento y una conducta desorganizada, con episodios súbitos de irritabilidad relacionados con comentarios de otros compañeros o contrariedades banales. Presentaba un discurso incoherente, con frecuentes descarrilamientos, fenómenos de bloqueo del pensamiento, y contenidos grandilocuentes referidos a su linaje, sus relaciones sociales y expectativas profesionales y matrimoniales. Decía oír voces que le insultaban, y se mostraba suspicaz y temeroso de que los compañeros del HD se riesen de él. La familia y él mismo referían frecuentes episodios de agresividad verbal y física, sobre todo hacia la madre, en el contexto de estados de ansiedad reactivos a veces al maltrato que creía recibir, y a las dificultades de comunicación con los demás.

Incapaz de mantener su atención en las actividades, durante los primeros meses del tratamiento en el HD manifestaba una conducta obsesivoide, afectividad inadecuada, comentarios inoportunos en los grupos, risas

inmotivadas, reiterando constantemente sus comentarios sobre alcurmia y relaciones sociales, fuera de la realidad y fuera de contexto.

El tratamiento en el HD se prolongó durante diez meses, instaurándose un tratamiento antipsicótico y antiobsesivo más intenso que el que había recibido previamente, se mantuvo el proceso de participación en el programa de actividades al que se fue adaptando progresivamente, manifestando especial interés en las actividades del taller de pintura. Se actuó de forma individual y grupal sobre la familia con entrevistas frecuentes. La familia participó además en el programa psicoeducativo para familiares de personas con esquizofrenia.

Su conducta se hizo progresivamente más adecuada, llegando a desaparecer sus actos agresivos. Mejoró también su capacidad de atención y concentración, mejorando el trastorno psicótico del pensamiento, bloqueos, descarrilamiento y obsesividad, y su capacidad de mantener un discurso coherente y centrado en la conversación. Hace crítica de su anterior conducta agresiva y de sus ideas megalomaniacas. Persiste un pensamiento empobrecido y obsesivoide, aunque menos invalidante que antes del tratamiento.

Meses antes del alta se inicia un proceso de reflexión y racionalización de su futuro laboral, reduciendo las expectativas familiares de obtención de diversas licenciaturas, y recomendando una mayor cualificación en dibujo y pintura sin las exigencias de competitividad y las evaluaciones académicas, incompatibles a nuestro juicio con sus posibilidades actuales.

Además de recibir clases de dibujo y pintura fuera del programa del HD, ha reanudado otras aficiones como el tenis y la equitación, visitas a museos y jardines, y actividades de ocio con antiguos amigos y con algunas de las nuevas amistades del HD.

Tras el alta del HD continúa tratamiento ambulatorio. Ha presentado algunas obras en una exposición de pintura organizada por una galería que conoce la familia y se siente francamente satisfecho por los resultados de la venta de alguno de sus cuadros.

9.3.3.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora.

Alfonso es una persona con muchos cambios en su actitud y difícil de manejar. En las sesiones se suele comportar con un aire de persona superior, mostrando su ropa nueva, contando su vida de aristócrata y siempre queriendo llamar la atención. A veces trata a sus compañeros con arrogancia, con egoísmo y ocasionalmente hasta con una cierta agresividad.

Al principio fue muy difícil encontrar la manera adecuada para que prestara atención, para que aceptara como persona y amiga a la profesora. En las primeras sesiones la profesora tenía un sentimiento de estar observada por un ojo muy crítico y altivo, lo cual no era nada agradable, pero se había decidido de no dar ninguna importancia y tener la misma actitud con él como con los demás. Se dan las mismas instrucciones para todos los alumnos/as pero luego se le debe dedicar tiempo a él para explicarle que no es posible tener otras pinturas, más pinceles o mejores situaciones ambientales. A menudo se queja: «En mi casa, yo tengo los mejores óleos, de primera calidad y los pinceles son de «Rembrandt», aquí parecen de mentira!». Sin embargo le gusta mucho la pintura y por ello se decide a empezar.

Una vez el pincel en la mano y mezclando los colores se le olvidan todas las protestas, pinta con mucha alegría y su única preocupación es la de poder expresar bien lo que quiere. Para él es muy importante que se pueda entender lo que hace, que se acepte su idea y ayudarle a llevarla a cabo de la mejor manera posible. Varias veces pregunta si es verdad que puede hacer cualquier cosa y si no se le va a obligar a hacer nada en concreto.

Poco a poco la profesora se gana su confianza y Alfonso confiesa que le gusta mucho la pintura pero en casa su madre le obliga a hacer algo muy específico, como una naturaleza muerta compuesta por ella, y a él esto le parece aburrido. Dice que en el taller se siente mejor porque tiene la oportunidad de expresarse mejor. Le gusta contar historias de su familia, de su vida noble, de personas importantes en la sociedad, de sus sueños del futuro:

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

de estudiar bellas artes o restauración y en general profundizar en el mundo artístico.

Respecto a su obra, es de gran valor, muy expresiva y espontánea. Los colores siempre son vivos y fuertes, lo que llama mucho la atención son las pinceladas, concretas y decididas. Los cuadros de Alfonso no tienen mucha calidad en el dibujo, más bien haría falta mejorarlo, pero tampoco molesta esto, logra presentar su idea. Desde la primera mirada alguien se da cuenta que se trata de una pintura expresionista. Su frecuente contacto con la pintura, le ayuda a cultivar un estilo personal que se podría comparar con varios artistas contemporáneos.

Las sesiones en el hospital le han servido para descubrir más calidades en su pintura y expresarse con libertad, cosa que añade mucha frescura a sus cuadros, ya que no se siente obligado a hacerlos.

9.3.3.3 Resultados de los talleres



Ilustración 68: Alfonso, «Sin título».

Composición abstracta que ocupa todo el espacio, con distintos ritmos y pinceladas, variedad de líneas y colores. No hay ninguna forma geométrica, sin embargo hay mucho movimiento y profundidad.

Es un dibujo abstracto sin ningún motivo, ni elementos geométricos. No podemos ver ningún punto de partida, ni intención de parte del pintor. Se trata de una composición totalmente libre con el único instrumento artístico de la pincelada y del color. Las pinceladas varían en forma y dirección, en ocasiones son gruesas y diagonales, otras pequeñas e irregulares pero puestas con una fuerza que le confiere una cierta calidad a la pintura. Los colores son opacos, compuestos, pero con un sentido sintético, o sea, el mismo color se repite en distintos sitios y de otra manera y con diferentes pinceladas, de modo que nos ofrece una segunda policromía.

Lo que hace interesante esta obra es el movimiento, la fuerza y la seguridad que encontramos, especialmente si nos damos cuenta que no hay espacio vacío.



Ilustración 69: Alfonso, «Cristóbal Toral». Obra realizada en una actividad con el tema «Retrato».

Es una composición que ocupa toda la hoja, síntesis central con distintos ritmos, variedad de líneas y colores. Hay contrastes cromáticos, claro–oscuro.

Estamos delante de un retrato expresivo, los colores son fuertes, cálidos e irreales. Hay una tendencia a subrayar los rasgos de la cara, pero no existe ninguna simetría entre las características. Los ojos y las cejas son demasiado pequeños comparados con la nariz y la boca. Como contorno utiliza la línea irregular con nervio y exactitud. No hablamos de una línea libre sin sentido, sino de una intención de dar énfasis a ciertos puntos. Es importante observar la manera de la que está pintado este cuadro: a pesar de estar hecho con crayones, podemos identificar distintas direcciones de colorear: por ejemplo, en la cara y en el fondo la dirección es contraria, lo que nos da la impresión de perspectiva, un primero y un segundo plano, cosa difícil de conseguir, si los colores son de la misma familia (cálidos en este caso). Cuando se le pregunta por qué eligió esta persona, Alfonso contesta que es un pintor que le gusta y que tienen cuadros de él en casa.



Ilustración 70: Alfonso, «Sin título».

Tenemos una obra que ocupa todo el espacio, con irregularidad en las pinceladas, variedad en las líneas y los colores. Hay movimiento y contrastes cromáticos.

Esta composición contiene dos retratos, es un hombre y su imagen reflejada en un espejo. Aunque las caras están pintadas de una manera primitiva, la propuesta se soluciona de modo formidable. Primero por los colores, que son irreales por una parte y por otra puros en su mayoría y bien combinados, creando así un contraste muy fuerte. Segundo por la seguridad y el virtuosismo que encontramos en las pinceladas, tanto en las de las caras como en las del fondo. En las dos caras observamos un contraste en la expresión: la cara del lado derecho parece agresiva y fuerte y la otra en el espejo más débil. Hay otro contraste en los colores de estos rostros: en el primero son fríos y en el segundo cálidos. Concluyendo podemos decir que el pintor sabe «jugar» muy bien con los colores y las pinceladas, tanto que quita el protagonismo a un dibujo, que no es excelente, y así consigue un resultado semejante a cualquier otro retrato expresionista mejor dibujado.

9.3.4 David

9.3.4.1 Descripción clínica

David es un varón de 27 años, soltero, que vive con sus padres y una hermana menor que él y tiene dos hermanos varones ya emancipados. Sus estudios alcanzaron el nivel de COU, teniendo además estudios de música, siete años de piano y cuatro de violín. No ejerce ninguna actividad remunerada.

A los 17 años de edad se iniciaron sus problemas psiquiátricos, que han requerido ingresos hospitalarios en cinco ocasiones, siendo diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Un abuelo materno diagnosticado de psicosis maníaco-depresiva.

Acude al Hospital de Día desde la Unidad de Agudos de la Clínica Puerta de Hierro donde ha estado ingresado durante dos semanas por haber sufrido una recaída y agudización de su psicosis. Seis meses antes comenzó a interesarse por temas de astrofísica, leyendo todo lo que encontraba sobre planetas y galaxias. Se muestra cada vez más angustiado, abandona la medicación, dice que va a llegar el fin del mundo, acude a la iglesia y se echa agua bendita encima para purificarse, necesita ir a la luna para salvar a su familia que se encuentra allí: «Sentía, por telepatía, que mi familia me necesitaba en la luna, algo extraño, mi espíritu salió del cuerpo».

En las entrevistas resulta abordable, presenta embotamiento afectivo, y levemente expansivo en relación con la ideación delirante cósmica, de la que sólo hace crítica parcial. Su discurso es coherente y se encuentra menos angustiado que los días precedentes.

Su estancia en el HD se prolonga durante cuatro meses y medio, manteniéndose el tratamiento farmacológico prescrito en la Unidad de Agudos, adecuado para esquizofrenias resistentes a otros tratamientos antipsicóticos previos, hasta conseguirse la remisión de sus síntomas psicóticos activos. Participa en un Grupo de Psicoterapia para personas con Esquizofrenia. También la familia se incorpora al programa Psicoeducativo para familiares.

En las actividades grupales su integración es adecuada aunque persiste una actitud pueril, con un pensamiento concreto y circunstancial, y escasa capacidad de abstracción y de relacionar las experiencias y comentarios de los demás con su propia situación. Ha reanudado sus clases de piano y ahora se interesa por la guitarra. Sale con amigos y con los compañeros del HD.

Se indica el alta del HD, manteniéndose el tratamiento ambulatorio y la propuesta de su participación en un programa de apoyo psicosocial.

9.3.4.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

David es una persona muy simpática, sonriente y comunicativa. Tiene una actitud muy educada y trata con mucho respeto a sus compañeros y a la profesora. Le gusta hacer chistes y dice que lo más bonito es ver a la gente reír. Dice que la pintura le gusta mucho a pesar de no saber pintar muy bien, pero que si se tenía paciencia con él, podía aprender. Lo más difícil es entenderme. Tengo las ideas un poco complicadas», dice con cierta tristeza en su voz.

Es una persona que no da problemas en general, hace lo que tiene que hacer sin ninguna protesta y sin molestar a los demás. Sólo al final, cuando tienen que explicar los dibujos, le gusta hacer «comentarios astrofísicos», como los llama él, sobre los dibujos de los demás. Siempre tiene una interpretación distinta, sobre la luna, las galaxias, las estrellas un mundo diferente.

En sus dibujos también están presentes estos símbolos, a veces de forma abstracta y otras como motivos reales. Tiene buen sentido de los colores, hace varias pruebas en su paleta para conseguir el color exacto y está muy dedicado a sus dibujos. La mayoría de las veces su obra circula alrededor de su admiración para las galaxias y la luna. Los comentarios siempre tienen algo que ver con esto. Independientemente de su obsesión, que no molestaba para nada, desde el punto de vista artístico sus obras tiene mucho valor, tanto por la

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

combinación de los colores como por la peculiar manera y las matices de las pinceladas. David como pintor ha conseguido un estilo personal muy sensible y al mismo tiempo fuerte y expresivo, por tanto su obra parece interesante y considerable.

9.3.4.3 Resultados de los talleres

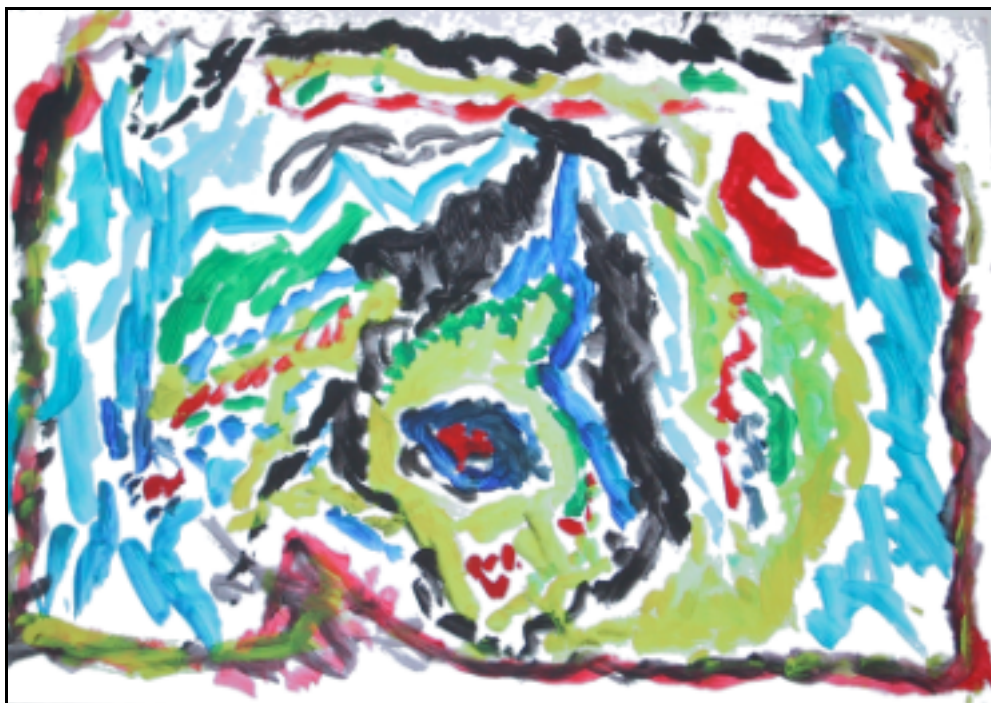


Ilustración 71: David, «El ojo que mirando ve una flor». Obra realizada en una clase sobre los contrastes cromáticos.

Según el esquema de codificación, en esta obra tenemos una síntesis que ocupa toda la superficie de la hoja, las pinceladas son irregulares, hay variedad de colores, líneas y movimiento. Contraste cromático y de líneas.

Existe un movimiento de distintos ritmos y policromía. No se identifica ninguna forma geométrica. Los colores componen la obra y están puestos de una manera que causa la impresión de que el artista sabe dominar muy bien el contraste, tanto en lo que se refiere al color como también al espacio. A pesar

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

de los colores fuertes, el blanco o vacío entre las pinceladas da un resultado armónico y ofrece al observador la oportunidad de buscar muchas maneras de visionado, desde fuera hacia dentro o al contrario. Propone un «juego» que permite la participación de espectador.

David mismo dice que empezó el dibujo sin ninguna idea específica, los colores le han llevado, y mirándolo luego con más detenimiento, descubre una flor en el centro... Piensa que podría ser un ojo por su contorno negro. Partiendo de la combinación de estas dos ideas obtiene el título.

El ojo en el centro puede evocar reminiscencias religiosas (ojo divino).



Ilustración 72: David, «Cigüeña».

Según el esquema de codificación, sólo se ocupa una parte de la hoja, hay irregularidad de ritmos, variedad y movimiento. Hay contraste cromático y de líneas.

El dibujo se encuentra en el centro de la hoja, rodeado de blanco que sirve de fondo. Las pinceladas son irregulares, gruesas y potentes, a veces opacas y otras transparentes. Los colores, en su mayor parte puros, están puestos con una fuerza que sorprende, si la comparamos con el dibujo infantil

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

de la cigüeña y del niño que lleva ésta. No encontramos formas absolutas, geométricas o puras, aunque la composición es simétrica. Un motivo de corazón y las seis patas del ave despiertan la curiosidad. Sobre todo es una obra muy expresiva que transmite tranquilidad y un sentido de libertad.

David dice que una mujer–cigüeña tiene que saber, lo que significa amor para poder ser madre. El corazón representa el amor y la preocupación de la madre, que quiere llevar su niño lejos de este mundo, porque no está bien. Tiene prisa, quiere llegar pronto y por eso tiene más patas para volar más rápido.

Podemos reconocer símbolos expresivos, y características del arte primitivo.



Ilustración 73: David, «Bosque con choza». Dibujo realizado a partir de un cuento del libro «Cuentos del Tárcoles».

Es una obra que ocupa todo el espacio, tiene irregularidad en los ritmos variedad en los colores y líneas. Hay movimiento, profundidad y contrastes cromáticos y de líneas.

Tenemos una composición pintada de manera abstracta y expresiva, donde podemos observar solamente dos motivos de árboles de un color irreal y el resto está pintado con pinceladas serpentinas y espirales en muchos tonos de verde y azul de tal modo que nos dan un resultado con mucho movimiento, despreocupado y ligero. Con los tonos más oscuros a los dos lados y el espacio blanco–vacío en el centro el pintor ha conseguido una profundidad y un contraste de luz. Los puntos rojos encima de todo y los motivos de árboles también de color rojo crean un juego, contraste entre colores cálidos y fríos, acto que se repite en la parte derecha en el triángulo negro y así consigue un hilo de unión con el tema central. Al final las onduladas líneas azules debajo de todo dan un sensatez a la obra. En general el pintor ha conseguido un resultado muy expresivo, vivo y admirable.

9.3.5 Carlos

9.3.5.1 Descripción Clínica

Carlos es un varón de 25 años, soltero, que terminó su educación formal a nivel de BUP. Padres separados, él vive con su madre, y su hermano con el padre. Su actividad laboral se ha desarrollado en el campo de la hostelería, sin especial cualificación. En la actualidad se encuentra en paro y no percibe ninguna ayuda económica.

Acude al Hospital de Día por indicación de su psiquiatra, que le trata desde el comienzo de su enfermedad hace tres meses, habiendo requerido hospitalización completa durante un mes en un Servicio de Psiquiatría de Agudos, en el que se ha establecido un diagnóstico de esquizofrenia paranoide.

A su llegada al Hospital de Día se sentía vigilado por gentes desconocidas que trataban de hacerle daño. Para evitarlo había abandonado sus costumbres y no salía de casa, ya que en ella se sentía más protegido. Refiere también haber sentido extraño su propio cuerpo, y haber oído voces que se dirigían a él diciéndole lo que tenía que hacer. En las entrevistas se muestra colaborador, aunque angustiado y temeroso hacia el entorno a causa de las ideas de referencia y la animosidad que atribuye a los demás. Con una afectividad embotada, en ocasiones perplejo, con posibles fenómenos de difusión del pensamiento.

Presenta además importante sintomatología extrapiramidal a causa del tratamiento recibido, que no cedió con medicación correctora y obligó a un cambio de medicación, reduciéndose progresivamente los síntomas extrapiramidales y consiguiéndose una rápida mejoría de los síntomas psicóticos ya descritos.

Persiste una cierta inseguridad manifestándose temeroso a las recaídas e indeciso a la hora de tomar iniciativas sobre su futuro. Participa adecuadamente en el programa de actividades terapéuticas propuesto en el HD, cumple las

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

indicaciones farmacológicas y recibe tratamiento en un grupo psicoterapéutico para personas que padecen esquizofrenia. Además de las actividades del taller de pintura y Creatividad del programa del HD, realiza actividades de pintura diariamente, sale con amigos y comienza a trabajar en un supermercado.

Tras el alta del HD continúa tratamiento ambulatorio con su psiquiatra, y acude al HD semanalmente hasta terminar el grupo de psicoterapia y el de pintura. Meses después del alta presenta sus pinturas y sus esculturas en una galería de arte del municipio en el que vive.

9.3.5.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Carlos es un chico tranquilo, muy educado y agradable, no habla mucho pero siempre le interesa comunicar con los demás y decir algo bueno si ve que uno de sus compañeros no está muy bien. Dijo que le gusta mucho la pintura y que le hace mucha ilusión poder estar en un taller de pintura con una profesora de arte. Dice también que en su casa hace esculturas de madera. Está orgulloso porque algunas las ha vendido. «Más adelante cuando seamos amigos te enseñare las fotos», promete.

Durante la sesiones de pintura pinta con mucho ánimo, está serio y muy dedicado a lo que hace. Muy pocas veces habla con sus compañeros y normalmente sólo cuando ellos le dicen algo. Dice que no le gusta hablar cuando está pintando porque quiere estar concentrado y disfrutar de la música. En general toma la clase en serio y le interesa mucho mejorar su técnica. De vez en cuando pregunta cómo podría conseguir algún color especial y si está bien su dibujo.

Al final cuando ya están terminados los dibujos y los alumnos/as tienen que describirlos, Carlos cambia su actitud y está más comunicativo. Pregunta a sus compañeros sobre sus dibujos por qué y cómo han hecho esto y lo otro y

presta mucha atención a los comentarios. Dice que le parece bonito conocer a través de la pintura una parte del mundo de los demás.

«Aunque mi mundo es complicado, siento que aquí me podéis entender mejor», dice convencido, y así empieza a explicar parte de su mundo con la expresión pictórica. Las cruces, dice, son el símbolo de Dios, en quien cree y que es el único que le puede salvar de la enfermedad. «No creo que la enfermedad sea un castigo, ni una cosa que viene de él sino una cosa que hay que tener valor y fuerza para superarla». «Lo malo es cuando te aíslas y das vueltas con tu mente para explicarla, así te mareas. Es mejor sacarla fuera, con la pintura por ejemplo, aceptarla, expresarte. Sí, si no lo cuentas, nadie te va a entender. Hay que comunicar con los demás, tener el valor para salir adelante. El color rojo en mis pinturas quiere mostrar la fuerza, muchas veces lo combino con azul que es la purificación que viene de Dios, de la cruz».

Carlos tiene mucho sentido de color, de combinación, de la síntesis. Sus dibujos siempre están muy bien compuestos y dan la impresión de un artista que ha pensado y ha decidido lo que quiere hacer. Muchas veces el resultado es impresionante, no sólo por los colores, o los motivos sino también por la técnica personal que ha conseguido para expresarse. Aunque él no valora mucho lo que hace, es un pintor que tiene mucho talento y que siempre muestra mucho interés hacia la pintura y le sería muy beneficioso si pudiera seguir pintando.

9.3.5.3 Resultados de los talleres



Ilustración 74: Carlos, «Sin título 1».

La síntesis ocupa todo el espacio de la hoja, hay variedad en las pinceladas, líneas y colores, repetición en las formas. Hay profundidad y contrastes cromáticos y de líneas. Las formas están juntas, su composición es simétrica y son monocromas.

Composición central con formas geométricas repetitivas. Pinceladas gruesas e irregulares. líneas curvas, diagonales una sola línea horizontal y otra vertical que componen el símbolo de la cruz. El círculo está presente varias veces en una composición muy simétrica que no molesta al observador. El resto de las formas está compuesto de líneas, pinceladas o colores.

El rojo está difuso entre las formas secundarias (fondo), a veces puro y otras mezclado y al final en el centro más limpio y transparente, combinado con el amarillo y el negro, lo cual da un buen resultado de iluminación. Parece que el pintor controla muy bien la teoría de los colores de modo que la obra termina siendo fresca y no pesada, como suele pasar si utilizamos un color fuerte, en este caso el rojo en mayor parte.



Ilustración 75: Carlos, «Sin título 2».

Una síntesis que ocupa todo el espacio, central. Irregularidad en las pinceladas, variedad en los colores, repetición del motivo y de formas. Contraste solamente cromático.

Es una composición con sólo un tema central: la cruz, motivo repetido en una *mise-en-abîme*, con distintos colores que producen formas monocromáticas a la vez. En el fondo observamos la repetición de los mismos colores utilizados de una manera más ligera. Las pinceladas son diferentes, a veces gruesas y a veces potentes, opacas o transparentes. Es curioso como el pintor consigue un resultado tan bueno solamente con pocos colores y además mediante la repetición de los mismos. Pero en realidad, hace un contraste, un juego con las pinceladas que varían entre el fondo y el tema principal. También podemos observar una profundidad entre las cruces, causada por la disposición de los colores claros-oscuros, cálidos-fríos. Al final la composición se completa con una pincelada virtuosa de color negro que da el equilibrio a la obra y hace que el espectador entienda, que el pintor es muy atrevido con los colores. Realidad que también podemos averiguar en el uso del color hueso utilizado dos veces con distintas pinceladas que producen distintos motivos, pero muy cerca el uno del otro, además encima de una superficie blanca y al lado de los

demás colores fuertes. Esta manera de manejar los colores es muy difícil y es necesaria una experiencia larga para sacar este tipo de resultados.

Carlos dice que utiliza la cruz como símbolo de la muerte, de su enfermedad. «La enfermedad en el primer plano color azul es la carga; el sufrimiento es el color rojo; el color amarillo es Dios cuando se da cuenta y le ayuda; el color negro es la muerte; el color ocre significa que ya la enfermedad se está alejando; el color claro, el blanco es la luz y la curación».



Ilustración 76: Carlos, «Sin título 3». Realizado después de la visita a la exposición «África: Magia y Poder».

Espacio completamente lleno, síntesis central, con distintos ritmos. Variedad en las formas, motivos y colores. No hay gran contraste entre los colores, al contrario entre las formas sí.

Las formas están juntas, su composición es simétrica y el color monocromo.

Una figura geométrica en el centro del espacio, dividido en dos partes, una clara y otra oscura. En la parte principal encontramos muchos motivos: círculos de varios tamaños, rectángulos, puntos, formas compuestas, ovals. Las líneas son diagonales, no hay ninguna vertical u horizontal, y eso nos lleva a una figura inclinada hacia la derecha, pero la presencia de los círculos nos ofrece

un equilibrio. Los colores son oscuros y cálidos, con la única excepción del contorno blanco que sujeta la equivalencia entre los contrastes cromáticos. Las pinceladas son regulares y uniformes, pero en el fondo son más libres y transparentes. Aunque los colores en su mayoría son cálidos y no hay ningún contraste, porque pertenecen todos a la misma gama de rojo, con la presencia del blanco y del beige el pintor consigue una armonía y un equilibrio para una síntesis diagonal.

Carlos explica: «El dibujo muestra a un dios de África. El disco redondo representa el sol que es muy importante para vivir, la cruz en medio la religión, lo espiritual, las líneas negras las dificultades de la vida, los puntos negros dentro de las líneas rojas son los pasos malos de la enfermedad, los puntos rojos el progreso, las líneas amarillas algunos días mejores y el punto negro en medio de la cabeza es el ojo de Dios que no mira hacia mí para salvarme».

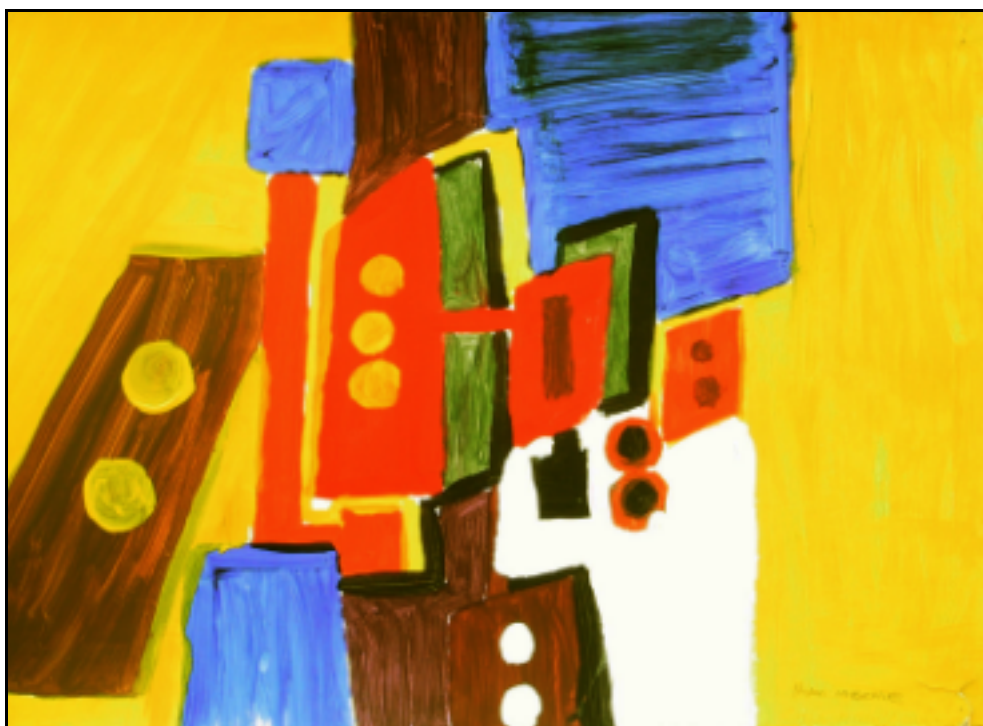


Ilustración 77: Carlos, «Notas musicales».

Síntesis que ocupa todo el espacio, regularidad en los ritmos, variedad de colores, repetición de formas. Hay movimiento y profundidad. Las formas

geométricas aunque en su mayoría no absolutas, están juntas, su composición es equilibrada, el color monocromo.

Es un dibujo abstracto con colores fuertes, algunos primarios y otros secundarios combinados con mucha maestría. Cerca de un color primario encontramos su complementario en una forma más pequeña, en una línea o un punto. Observamos una variedad de formas y, a pesar de que pertenecen a la misma categoría de los rectángulos, con el cambio del tamaño y del color se consigue profundidad. Con los puntos redondos el pintor ha podido escapar de una peligrosa monotonía y así resulta una imagen con mucho movimiento. Por más que los colores de las formas sean fuertes, monocromos, opacos, el pintor se atreve a poner en el fondo un color igualmente fuerte, no transparente pero brillante porque tiene la capacidad de darse cuenta de la densidad y lo arregla con el color blanco. Así consigue «calmar» la síntesis y nos da una sensación armónica.

9.3.6 Mohamed

9.3.6.1 Descripción Clínica

Mohamed es un varón, de nacionalidad marroquí, de 20 años de edad, soltero, que vive con su familia formada por sus padres y varias hermanas y hermanos menores que él. Vive en España desde los 12 años, con una escolarización irregular y trabajos esporádicos. Consumidor ocasional de cannabis.

Acude al Hospital de Día desde la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro, donde ha estado ingresado durante 45 días por presentar comportamientos extraños, aislamiento, mutismo, rechazo de los alimentos, fugas de varios días de duración sin explicación, y agresividad física hacia sus hermanos. Ha sido diagnosticado de esquizofrenia hebefrénica. El tratamiento antipsicótico prescrito en la Unidad de Agudos se incrementa durante su estancia en el HD.

Desde su llegada al HDP también se mantiene aislado, ensimismado, no participa en las actividades. En las entrevistas únicamente manifiesta que antes estaba enfermo y ahora se encuentra bien, con alguna referencia a personas indeterminadas que le producen ruidos en la cabeza y voces que le amenazan con su muerte. Temeroso de los que le rodean, en casa y en el Hospital rechaza la comida por miedo a la posible contaminación o envenenamiento de los alimentos. Su conocimiento previo del idioma y la fluidez anterior de sus conversaciones en español no permiten atribuir los problemas de comunicación a dificultades idiomáticas. La familia y un agente de intermediación social de su nacionalidad coinciden en señalar condiciones de comunicación similares en su lengua materna.

Durante su tratamiento en el HDP presente además ánimo triste, reducción de velocidad motor e ideación delirante, no estructurada, de contenido hipocondríaco, sin insomnio ni alteración del apetito. Tratado con medicación antidepresiva.

El cuadro psicopatológico y la tendencia al aislamiento mejoran paulatinamente en el transcurso de los seis meses de estancia en el HDP, mejorando su interés y participación en las actividades del centro. También mejora la comunicación con su familia y con su entorno social inmediato, sin que se haya recuperado el nivel de «normalidad» previo.

Subjetivamente se encuentra mejor pero no explica ni concreta más los fenómenos psicóticos sufridos previamente. Cumple correctamente el tratamiento farmacológico indicado, niega alteraciones sensorio-perceptivas, su discurso es coherente y no verbaliza temor por su salud ni hacia el entorno.

Tras el alta del Hospital de Día, se recomienda mantener el tratamiento antipsicótico y antidepresivo, y seguir un programa en el Centro de Rehabilitación Psicosocial.

9.3.6.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Desde su llegada a las sesiones de pintura Mohamed parece una persona muy cerrada y tímida y, sin embargo, muy simpática. Habla muy poco, casi nada, solamente cuando se le pregunta algo, a veces parece que está pensando en sus cosas y no se da cuenta de lo que pasa a su alrededor y tampoco muestra interés. Pero su mirada es fuerte e imponente, aunque está callado llama la atención.

Al principio es más bien apático hacia la pintura, dando la impresión que no le gusta, pero cuando uno se acerca a él, dice que si le gustaría pintar. Le cuesta mucho empezar, se le tiene que animar, si no, es capaz de sentarse delante de la hoja mirándola sin hacer absolutamente nada.

Una vez tomada la decisión de hacer algo, dibuja de manera infantil varios motivos en la hoja con mucha seguridad y tranquilidad y de repente empieza a pintar encima, borrando todo lo que había hecho, con una fuerza y rapidez impresionante, siempre es muy rápido e inesperado. Lo curioso es que a

pesar de toda la espontaneidad y el furor utiliza distintos colores muy bien combinados, de manera que aparece una segunda composición admirable. Su mano la lleva un instinto artístico. Elige los colores seguro, sin ninguna duda, ni un momento de dudas. Lo más importante es tapar los motivos, es tan trascendental esa necesidad que se olvida que él no «sabe» pintar. Al preguntarle por qué siempre pinta encima del primer dibujo con tanta manía, contesta que no le gusta nada, no lo quiere ver, es malo y necesita borrarlo... Da la impresión que no valora lo que aparece luego, parece que es un alivio de su ansiedad para él. Al preguntarle si le agobia estar en el taller y pintar, contesta que se encuentra muy bien, a gusto, y que le gustaría saber pintar mejor. Promete que no va a borrar los dibujos y que va a preguntar cómo hay que seguir...

Una promesa que no cumple nunca, continuando con la misma actitud. Buscando una manera de solucionar el problema se le propone temas familiares. Un cuento sobre la Alhambra, un amigo, su casa, el colegio fueron motivo suficiente para no borrar los dibujos.

Entre tanto valorando su obra posterior a los dos estilos del «borrar» y de dibujo infantil, se diría que se trata de una pintura muy fuerte y expresiva, considerable por la combinación de los colores, la seguridad en las líneas. Busca los temas en lo que pasa en su vida personal, M. quiere expresarse mediante la pintura y los resultados son admirables. M. es una persona de pocas palabras, pero su pintura expresa mucho. Sólo con la motivación de un tema querido o deseable cambia la forma de su expresión, pero todas las veces es una expresión artística como para cualquier otro artista que aplica las experiencias de su vida en el cuadro.

Observando la actitud hacia la profesora y su pintura durante todo el tiempo, desde el primer dibujo hasta el último se ha notado mejoría y tiene mucho sentido artístico y sobre todo necesidad de expresarse extraverbalmente.

9.3.6.3 Resultados de los talleres



Ilustración 78: Mohamed, «Sin título 1».

Espacio lleno, irregularidad de ritmos, variedad de colores y motivos. Hay movimiento, profundidad y contrastes cromáticos. No hay ninguna forma geométrica.

Estamos frente a un torrente de colores, resultado del estilo en que está pintado el cuadro. Las pinceladas son muy vigorosas, a veces gruesas y otras más finas, pero siempre expresivas y decididas. Los colores son fuertes, con un predominio de azul y de negro, mientras que con el color ocre y beige consigue un contraste de cálidos y fríos que termina con un verde cálido pintado casi en pinceladas horizontales. Así el pintor consigue una asombrosa profundidad.

Asombrosa porque no estamos delante de ninguna síntesis compuesta de formas geométricas o de motivos, sino delante de una frívola disposición de colores que normalmente no tiene muchas posibilidades de cohesión ni de movimiento. Sin embargo en esta obra podemos observar las dos cosas, obtenidas de una manera muy simple, espontánea y muy potente.



Ilustración 79: Mohamed, «Sin título 2».

Es una síntesis que ocupa toda la hoja, tiene irregularidad en los ritmos y poca variedad en colores y motivos. Hay contrastes de color entre cálido-frío y un cierto movimiento.

Observamos una composición que se basa sólo en dos colores: el azul y el verde y sus tonos, aunque de vez en cuando vemos un color ocre amarillo que aparece debajo. La obra no tiene ninguna forma geométrica absoluta, no obstante aparecen unos rectángulos, fruto de las pinceladas irregulares y con distintos ritmos y colores. Podemos ver algo de transparencia, cosa que nos permite entender que el pintor había intentado cambiar algo que no le gustaba, y por eso quizás sigue en el esquema primero y dentro de los límites del motivo prístino. Unos súbitos motivos de árboles, pintados de manera primitiva aparecen en la parte izquierda para dar otro aire a la composición. El color del gran árbol, un azul puro, contiene la composición y al mismo tiempo le da un toque más fresco de lo que vemos en el resto de la hoja. Aunque el pintor no hace ninguna propuesta pictórica evidente y los colores no tienen ninguna combinación espectacular, el resultado es muy armónico y activo.



Ilustración 80: Mohamed, «Un chico». Realizado en la actividad sobre el retrato.

Es una composición que ocupa solo una parte del espacio con irregularidad en los ritmos y variedad de líneas. Hay movimiento y contrastes de colores y de líneas.

Es un retrato expresivo e irreal. La cabeza está puesta en el centro de la hoja con el rostro a la derecha y están dibujados con lápiz de un trazo continuo, aunque algunas partes están pasadas varias veces por encima y dan mucha estructura a la cara. Por ejemplo, la nariz está recalcada de manera que consigue una estructura casi imposible porque normalmente de tal modo tenemos un orificio y aquí vemos lo contrario. Todas las características de la cara están dibujadas a la manera de una caricatura y dan un resultado muy expresivo. También nos encontramos en una escena de movimiento, la boca abierta nos da la impresión que la persona representada está hablando con alguien en serio cosa que nos indica la ceja levantada. La formas diagonales en el rostro, creadas por la manera que el pintor ha puesto los colores imponen una inclinación hacia la izquierda, pero la síntesis no corre ningún peligro de caer por la posición de la cabeza, en el centro y en perfil. Lo que es muy importante es el espacio vacío a la izquierda con objeto de un equilibrio perfecto. Es una obra genial

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

considerando que es muy difícil que salga un retrato tan expresivo con hecho con una manera tan descuidada.



Ilustración 81: Mohamed, «Tornados». Actividad «Cuentos de la Alhambra»

Es una síntesis que ocupa todo el espacio, irregular en ritmos, con variedad en colores, líneas, formas y con algunos motivos que se repiten. Hay movimiento y profundidad, también contrastes cromáticos y de líneas.

Tenemos una composición muy rica en colores, motivos y ritmos. En el medio observamos el tema principal, un camello, un motivo monocromo y aunque está hecho con una manera infantil tiene peso y volumen. Otro motivo de color muy fuerte está pintado alrededor con distintas pinceladas y da la impresión de una montaña, o de un espacio especialmente para el camello, dentro de este espacio se encuentra el color verde, el complementario del rojo, puesto con mucha maestría: cerca de la parte más oscura de rojo encontramos la parte más oscura de verde y lo contrario de tal modo que el resultado a pesar de armónico da mucha profundidad. A los dos lados tenemos dos escenas distintas pero hay dos colores, el negro y el ocre, que las acoplan perfectamente. Tenemos que observar la riqueza que tiene cada escena tanto

en colores como en motivos y pinceladas por ejemplo a la parte derecha, la manera que está puesto el negro en ratos opaco y en otros transparente y así produce una profundidad y un primer nivel en la composición entera. En segundo nivel tenemos la parte izquierda pintada por un color claro y brillante y encima unas pinceladas y motivos negros que enriquecen la escena con una manera simple sin el resultado esperado, que serian unos agujeros causados por la pintura de un color muy oscuro encima de uno muy claro. En la dos esquinas vemos el mismo color ocre que une las tres escenas con una manera excelente, no hay ninguna repetición innecesaria, detrás de cada una hay un objetivo, el enriquecimiento de la síntesis con una manera mera la cual produce diversidad sin ningún cansancio.

9.3.7 Ernesto

9.3.7.1 Descripción Clínica

Ernesto es un varón de 26 años, soltero que vive con su familia de origen. Tiene un hermano de 25 años. Estudió hasta 3 de BUP. Ha realizado trabajos esporádicos como mensajero.

Enviado al Hospital de Día desde la Unidad de Agudos de la Clínica Puerta de Hierro, donde ha estado ingresado durante 2 meses por presentar trastornos de conducta y psicopatológicos caracterizados por un ánimo hipertímico sin expansividad ni irradiación. Lenguaje disgregado, ideas delirantes de perjuicio y megalomaníacas. Fenómenos de control, influencias de pensamiento y alucinaciones auditivas.

La enfermedad comenzó a los 19 años de edad y ha precisado ingreso hospitalario en cinco ocasiones. En los primeros ingresos fue diagnosticado de trastorno bipolar y abuso de tóxicos y en los últimos ingresos se cambió el diagnóstico por esquizofrenia paranoide.

Desde que comenzó su enfermedad ha realizado trabajos esporádicos interrumpidos por los episodios de reagudización de la sintomatología y ha seguido los tratamientos de forma muy irregular con largos períodos de abandono de la toma de medicación.

Durante el año pasado se mantuvo de forma continua la actividad delirante y las alteraciones de la sensopercepción junto con el consumo de tóxicos. Durante los dos meses previos al ingreso ha permanecido aislado con una conducta muy desorganizada llegado incluso al mutismo los días previos al ingreso.

En el Hospital del Día ha participado en los grupos de actividades de forma activa y recibido tratamiento farmacológico con antipsicóticos con buena aceptación por parte del paciente.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Durante el tratamiento en el Hospital de Día no se han objetivado alteraciones de la sensopercepción, ha remitido la ideación delirante. Ha abandonado el consumo de tóxicos y ha adquirido una mayor conciencia de enfermedad.

Considerando su evolución al alta se recomendará el continuar tratamiento ambulatorio y de reincorporación una actividad normalizada.

9.3.7.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Ernesto es una persona tranquila y más bien tímida, no habla mucho pero si se le anima un poco, se siente más confiado y empieza a comunicarse muy bien. Le interesa saber cosas de los demás, sus sentimientos, sus ideas. Es un chico muy educado, siempre muestra respeto a los demás y no causa ningún problema durante las sesiones de pintura, al contrario, colabora mucho y parece tener buenas relaciones con sus compañeros. No se observa nada extraño en su actitud, ni en sus palabras.

La obra de Ernesto es de gran interés y es admirable, no tanto por la perfección del dibujo, porque en esto sí que haría falta mejorar, sino por la manera en la que pinta. Dedicar mucho tiempo a mezclar los colores ponerlos uno a lado de otro con mucho cuidado, con variación en las pinceladas, pequeñas y ligeras o grandes y gruesas. Los colores están muy bien compuestos con contrastes entre cálidos y fríos o claros y oscuros.

En el momento de explicar los dibujos, Ernesto se siente al principio incómodo pero sólo dos minutos, luego, dice que es muy importante explicar lo que quería hacer porque si no, sus compañeros no lo van a poder entender y así no habría comunicación. Sus dibujos tienen variedad de motivos aunque podemos observar una tendencia hacia los paisajes, pueblos y, otras veces, figuras femeninas.

Haciendo una crítica artística podríamos decir que se trata de obras muy expresivas con mucho sentido del color, a veces de la perspectiva y de la síntesis de imagen. Son cuadros que impresionan por la sencillez del tema y al mismo tiempo por su riqueza en la expresión. La obra de Ernesto es muy original e interesante, aunque puede mejorar mucho si sigue con el mismo interés. Dice que le apetece mucho pintar y le gustaría saber más sobre el arte. En la visita al museo participó con mucha alegría y mostró gran curiosidad, dijo que le gustaría que se repitiera la actividad.

9.3.7.3 Resultados de los talleres



Ilustración 82: Ernesto, «Claro y oscuro». Actividad sobre el contraste.

Es una composición que ocupa todo el espacio, con irregularidad en los ritmos y variedad en las formas, las líneas y los colores. Hay movimiento y contraste de colores y de líneas.

Es la síntesis de una imagen que es céntrica con una dominación de espacio vacío–lleno muy equilibrada. El dibujo representa una mujer en movimiento. Encontramos un contraste con colores fríos — cálidos, claros — oscuros. Las formas están compuestas, juntas, una con la otra y divididas con

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

unas líneas diagonales que dan mucha fuerza a la síntesis. En general es un dibujo muy expresivo con algunos símbolos muy evidentes.

Ernesto parece que quiere representar el contraste claro oscuro en la cara y en el cuerpo de una mujer. Obviamente la parte izquierda es la parte oscura con un sentido de frialdad aunque los colores son cálidos. A la derecha la cara es más luminosa, y en la parte del cuerpo encontramos un contraste entre cálido y frío, una combinación de colores primarios y secundarios (azul — naranja).

Observando la imagen se tiene la impresión de algo sorprendente, de confusión y miedo. Hablando con el pintor dice que la persona retratada está asustada, que sufre una división interior entre el pensamiento y sentimiento. «Lo simbolizo con las dos espirales en lugar de pecho, la de lado derecha (izquierda en realidad) es más cálida por los sentimientos, y la parte izquierda oscura porque los pensamientos son difíciles e inaguantables... Los ojos están pintados con distintos colores a propósito. El ojo amarillo significa la iluminación que necesita la mente, y el ojo oscuro la distancia que necesitamos cuando los sentimientos son muy fuertes».



Ilustración 83: Ernesto, «Sin título».

Es una composición que ocupa la mayor parte de la hoja, tiene irregularidad en los ritmos y movimiento. Hay un contraste cromático entre cálido-frío.

Es una síntesis con dos temas principales en las dos esquinas. La cara de una mujer y la flor en la esquina contraria. Es una composición diagonal con formas compuestas y orgánicas producidas por distintos colores y pinceladas. Aunque no hay mucha variedad de colores el contraste entre cálido y frío enriquece el dibujo. No encontramos ninguna línea muy bien definida si no líneas producidas por las pinceladas más bien irregulares pero al mismo tiempo presentes por la opacidad del color.

Un dibujo con una composición libre sin reconocimiento de formas geométricas sin embargo está muy bien dominado el espacio.

«Es la figura de una mujer con cara azul por miedo de la muerte», dice el pintor. «Una mujer fuerte que puede manejar una pistola y matar pero en vez de esferas sale una flor símbolo de amor y de reconciliación».



Ilustración 84: Ernesto, «Naturaleza viva». Realizado a partir de un cuento del libro «Cuentos del Tárcoles».

Es una síntesis que ocupa toda la hoja, tiene irregularidad en los ritmos y variedad en los motivos. Hay movimiento y perspectiva.

Observamos un dibujo con contrastes cromáticos entre claro y oscuro, así como con cálidos y fríos. La irregularidad de las pinceladas dan un resultado muy expresivo. Hay variedad de motivos y de líneas a veces gruesas, cortas o largas.

La representación del tema, tanto por su síntesis central igual como por el reparto de los motivos, nos da la impresión de que el pintor ha estructurado la síntesis anteriormente y de esa manera consiguió la simetría sin perder espontaneidad en la expresión (pinceladas sueltas). Todo eso nos muestra que el autor sabe componer los colores y la imagen de manera que los resultados lleguen a ser equilibrados y armónicos.



Ilustración 85: Ernesto, «Casa iglú».

Tenemos una síntesis central que ocupa gran parte de la hoja con unos motivos en lugar de un fondo. Hay variedad en las pinceladas, los motivos y las líneas. También podemos observar movimiento.

Con respecto a los contrastes no se encuentra ningún color entre primarios y secundarios ni tampoco entre cálidos y fríos, todos los colores pertenecen a la misma «familia», son todos fríos y solamente encontramos una diferencia de tonalidad. Sin embargo la diversidad en las pinceladas produce un contraste que enriquece la síntesis. Las líneas también cambian de ritmo, a veces son rectas y finas, otras horizontales y gruesas. Los dos animales en las dos esquinas de la hoja generan tensión al espectador pero el motivo de la casa en el centro, que parece un refugio, provoca lo contrario, es decir tranquilidad.

Aunque en general el dibujo está pintado de una manera naïf y le faltan unos colores cálidos, el blanco que está fluyendo alrededor de los motivos hace que la síntesis resulte valiosa y atrevida.

9.3.8 Fernando

9.3.8.1 Descripción Clínica

Fernando es un varón de 18 años, soltero que vive con su madre y un hermano cinco años mayor que él. Su padre vive en una institución por probable enfermedad mental relacionada con el abuso de alcohol, con el que no mantiene ninguna relación desde hace tiempo. Su nivel educativo alcanzó hasta 2º de BUP, sin terminar. No ha trabajado nunca.

Enviado al Hospital de Día desde la Unidad de Agudos de la Clínica Puerta de Hierro, donde ha estado ingresado en dos ocasiones por presentar trastornos de conducta y psicopatológicos caracterizados por importante aislamiento social, fugas de su domicilio sin claro objetivo, descuido en el aseo personal, risas inmotivadas, nula comunicación con su entorno e importante embotamiento afectivo.

La enfermedad se inició a los 15–16 años de edad caracterizándose por importante disminución del rendimiento escolar y aislamiento en su habitación, manteniendo una postura invariable durante horas. Precizando el primer ingreso hospitalario en septiembre de 1999 tras fuga de su domicilio. Ha sido diagnosticado de esquizofrenia hebefrénica.

Al comienzo de la enfermedad el paciente continuó acudiendo al instituto, pero con nulo rendimiento escolar, por lo que abandonó sus estudios, permaneciendo en su domicilio sin ocupación alguna, acudiendo irregularmente a su Centro de Salud Mental.

El tratamiento ambulatorio ha sido insuficiente y su cumplimiento irregular, abandonándolo en junio 1998 aproximadamente.

En el Hospital de Día ha participado en los grupos de actividades del programa general con dificultades de concentración y comprensión durante los primeros meses, en relación con la presencia de trastornos psicopatológicos más agudos e intensos; ha recibido tratamiento farmacológico con diversos

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

antipsicóticos, que se han ido sustituyendo por aparición de efectos secundarios y escasa efectividad, hasta obtener una discreta mejoría con clozapina.

Durante el tratamiento en el Hospital de Día se ha mantenido con un claro predominio del aislamiento, respondiendo con monosílabos cuando se le pregunta, en alguna ocasión de manera espontánea consulta algo relacionado con la actividad en la que participa. Se ha observado que la comprensión de las indicaciones que se dan en las diversas actividades son adecuadas, lee en voz alta o comenta sus dibujos cuando se le pide. Su madre informa que también ha notado mejoría en la conducta de Fernando y lo encuentra algo menos aislado.

9.3.8.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Fernando aparece un día en la clase con una sonrisa irónica sin explicación sólo con esta expresión en su cara y sin decir palabra. La enfermera informa de su nombre y que es una persona que no habla. Se le da el título y las instrucciones de la actividad observando su actitud, escucha pero parece indiferente y sin ánimo de hacer nada. Pasan varios minutos y no hace nada, estaba sentado en su silla, no se mueve, no habla ni siquiera toca los pinceles. Al acercarse a él y preguntarle si quería empezar dibujar con la profesora, si quiere que se le ayude en algo, o si no le gusta el tema y quiere cambiarlo, no hay respuesta, solamente mira un instante y sonríe con sarcasmo.

Pasa un tiempo y se vuelve a preguntarle, a intentar animarle a hacer algo, pero con el mismo «éxito» de otra sonrisa. Lo curioso es que al final cuando todos los dibujos están expuestos en la pared el se levanta y los mira uno por uno, cuando los demás los explican el parece que los escucha.

Pasan cuatro sesiones con la misma actitud de ambas partes, de él y de la profesora. En cada sesión se le da material y se le dice que si necesita ayuda puede llamar. Se deja de prestarle mucha atención porque se piensa que así

no iba a hacer nada, pero al mismo tiempo se le da a entender que se le considera igual que a los demás y que se espera algo de él. Es muy importante que sus compañeros no le dicen nunca nada pero siempre le dejan sitio en la mesa.

El llega todos los días con la misma ropa, medio despeinado, sin palabras, sin ánimo, ningún movimiento o expresión excepto su sonrisa. Cuando se dan las instrucciones, suele escuchar (o al menos eso parece) pero luego sigue igual, sin hacer nada. La sorpresa llega un día que no parece diferente de los demás: él se presenta en la clase igual y se busca en sus ojos una señal diferente mientras se les lee un cuento para darles un tema de inspiración. No se sabe qué pasó dentro de él pero empieza a dibujar. Es un dibujo simple, muy infantil sin ningún valor artístico pero lo importante es el acto. Al final pone su nombre y lo coloca en la pared. Durante toda la actividad se le anima a seguir, en su cara hay una expresión diferente, está serio pero parece satisfecho. Cuando tienen que comentar las obras, Fernando sólo comenta que el dibujo representa una casa imaginaria y que le ha gustado el cuento.

A pesar del miedo de que podría haber sido la única vez, Fernando continúa dibujando desde entonces. Al principio con mucho miedo y haciendo dibujos muy simples e infantiles, luego, de repente, empieza a pintar de forma diferente. Los dibujos son abstractos, muy fuertes y expresivos, los colores bien combinados, con variedad en los matices. Fernando está más confiado y pregunta (con pocas palabras) de vez en cuando cómo puede seguir o conseguir algún color muy especial. Otras veces le parece el tema un poco difícil y pregunta como puede hacer algo bonito e interesante, es curioso porque desde entonces siempre pinta. Parece que no es la misma persona de hace unos meses, al contrario disfruta pintando y está muy alegre cuando a sus compañeros les gusta un cuadro suyo. Comenta que ahora le gusta pintar y descubrir nuevos colores al mezclarlos con otros.

Aunque se esperaba que Fernando iba a pintar algún día porque se observaba su interés, nunca se pudo imaginar que tuviera un sentido de color tan espléndido. Se ha visto una necesidad de expresión muy fuerte que ha dado unos resultados muy interesantes y, desde el punto de vista artístico, muy

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

valiosos. Con una enseñanza especial podría progresar mucho, tanto en la pintura como en su actitud autista. Para Fernando las sesiones de pintura sirven como terapia, allí habla, sonríe intenta comunicar.

9.3.8.3 Resultados de los talleres



Ilustración 86: Fernando, «Sin título 1».

Observamos una síntesis que ocupa toda la hoja con ritmos irregulares y variedad de motivos y colores. Hay movimiento y contraste cromático.

Es un dibujo de formas geométricas y compuestas. Repetición del círculo y del triángulo aunque no está reconocible a primera vista. No se observa organización alguna en la síntesis, parece que hay un tema central (motivo verde) y distintas formas alrededor. Son monocromas, juntas una con otra y sin ninguna simetría o equilibrio. Sin embargo la distribución de los colores da un resultado armónico y la diversidad de tamaño de varias formas combinada con las pinceladas dan un movimiento libre.



Ilustración 87: Fernando, «Abstracto 1».

En esta obra podemos ver una composición que llena casi toda la hoja con énfasis en el centro. Hay variedad de colores y de motivos, y podemos observar movimiento.

En este dibujo encontramos un tema central que mueve toda la composición, son las pinceladas negras pintadas encima de la forma amarilla con la combinación del rojo. Hay muchos contrastes cromáticos, sin embargo la síntesis es equilibrada por el reparto de los colores (verde y rojo), incluso consigue una armonía con el color malva cerca del amarillo que podemos ver en plenitud sin que nos molesta. Aunque las formas no tienen ningún orden, el resultado es armónico gracias a los colores.



Ilustración 88: Fernando, «Sin título 2». A partir de una actividad sobre el contraste cromático.

Se trata de un dibujo abstracto que ocupa la mayoría de la hoja, tiene irregularidad en los ritmos, variedad de colores y movimiento.

Es una síntesis más bien cromática, con mucho juego en los contrastes, claro y oscuro o cálido y frío. No se puede decir que exista alguna forma geométrica absoluta, son motivos producidos por distintos colores. Las pinceladas son gruesas e irregulares. A pesar de que todos los colores son fuertes y en su mayoría puros, el pintor consigue con la distribución un resultado armónico.

9.3.9 Susana

9.3.9.1 Descripción Clínica

Susana es una joven de 24 años, soltera, que terminó el BUP con algunas dificultades y desde entonces ha realizado diversos trabajos temporales no cualificados, limpieza de edificios, ayuda doméstica, incluso cuidado de niños. Vive con sus padres y acude con frecuencia a las actividades sociales de su parroquia.

Ha estado ingresada quince días en la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría, y con anterioridad visitó en varias ocasiones el Servicio de Urgencias de la Clínica Puerta de Hierro refiriendo ansiedad y desconcierto, dudando continuamente sobre sus propias decisiones, y con un sentimiento de peligro y malestar indefinido. Desde hace ocho años acude con frecuencia a consultar con su psiquiatra ambulatorio presentando quejas diversas y cambiantes referidas a su estado de salud física y psicológica. A los 14 años presentó anorexia nerviosa, recibiendo tratamiento especializado y precisando varios ingresos en el Hospital de Nra. Señora de La Paz.

Dos meses antes de su incorporación al Hospital de Día comenzó a decir que su madre quería matarla echándole raticida en la comida. Angustiada e intranquila, salía y entraba continuamente de casa. Creía que en su barrio se reían de ella, la gente la observaba y hablaban de hacer con ella un experimento. Su conducta inadecuada ha creado problemas en su círculo social por hacer comentarios impertinentes sobre la sexualidad, anormal, de unos y otros, tema que ha adquirido un especial relieve entre sus preocupaciones.

En el HD su actitud es colaboradora, pueril, reiterativa, temerosa e inquisitiva. Expresa extrañeza ante lo que le sucede y sucede a su alrededor, sin llegar a un estado de perplejidad, constatándose la ideación delirante de perjuicio ya relatada, con interpretaciones delirantes y autorreferencial. Irritable. Niega alteraciones sensorio-perceptivas. Tiene dificultades para conciliar el sueño.

Considerando que el trastorno psicopatológico corresponde a una esquizofrenia paranoide en una persona con un límite, se inició tratamiento antipsicótico, remitiendo la sintomatología delirante, el estado de ansiedad, estado de ánimo y el insomnio. Participa en las actividades programadas y en las que se organizan fuera del HD de ocio y otras actividades sociales. Desarrolla una intensa actividad de búsqueda de empleo, y obtiene contratos temporales para trabajos no cualificados. Hace crítica adecuada de sus ideas delirantes y de las conductas inadecuadas. Persiste una cierta puerilidad y desinhibición sexual. Ha iniciado además un curso de capacitación para pinche de cocina. Tras el alta en el HD continua tratamiento ambulatorio y participa en los programas del Centro de Rehabilitación Psicosocial.

9.3.9.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Susana es una chica muy alegre, educada y agradable con todos en el hospital. Está siempre dispuesta a ayudar de cualquier manera para empezar la sesión más rápido, presta mucha atención a las instrucciones y colabora mucho en cada actividad. Es comunicativa y amigable, dice que en las clases se siente feliz porque le gusta mucho lo que hace y tiene muchos amigos. Tiene una actitud muy optimista y normalmente da una buena explicación para todo.

A la hora de pintar, se pone muy seria e intenta pintar muy bien. Al final suele decir que la siguiente vez va a ser mejor. Sus dibujos son muy simples e infantiles, sin embargo son interesantes por la combinación de los colores, de los motivos y la sensación de alegría que inspiran al observador. La mayoría de las veces utiliza colores puros, muy bien combinados entre ellos, y otras, colores secundarios y mezclados. A Susana le da mucha satisfacción ver los nuevos colores que sale de la unión de otros ya conocidos. Experimenta varias posibilidades en su paleta antes de aplicar un color en su dibujo, de hecho sus cuadros salen muy variados en colores, fuertes y expresivos. Muestra mucha curiosidad en aprender más sobre el arte y participó en todas las visitas que hicimos con mucho interés.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Aunque la obra de Susana se caracteriza por la sencillez, de manera muy infantil, vale la pena observar esta expresión alegre porque es una reflexión de su carácter y de su personalidad. Desde el punto de vista artístico no ofrece mucho, sin embargo no se puede ignorar que tiene algo lúdico.

9.3.9.3 Resultados de los talleres



Ilustración 89: Susana, «Carnaval».



Ilustración 90: Susana, «Fiesta africana».

«Fiesta Africana» es el título del dibujo de Susana a la que le gustaría participar en una fiesta africana, conocer su manera de vida. Le gusta mucho la música de la cinta, le da mucha alegría. Siente que quiere poner varios colores.

Es una síntesis que ocupa toda la hoja con la figura principal en el centro. Tiene irregularidad de ritmos y de motivos. Hay variedad en los colores y contrastes cromáticos entre claro y oscuro, frío y cálido. Las diferentes pinceladas de las que está pintada la figura, tanto en el traje como en la cara, producen un movimiento y dan la impresión de volumen. Los rasgos de la cara, aunque dibujados con un estilo infantil, caracterizan muy bien el personaje.

Para terminar, las pinceladas irregulares juntas con el motivo del sol nos dan un conjunto lúdico y agradable.

9.3.10 Enrique

9.3.10.1 Descripción Clínica

Enrique es un varón de 31 años remitido al Hospital de Día por su psiquiatra, desde el centro de especialidades donde sigue un tratamiento de apoyo psicológico desde hace más de diez años, sin que se haya conseguido que acepte un tratamiento farmacológico suficiente y estable. Es notoria la dificultad de relación de Enrique con su padre, sobre todo desde la muerte de la madre hace dos años. Vive con su padre y tiene además una hermana mayor que él, casada, en quien el padre se apoya asiduamente.

La enfermedad comenzó a manifestarse con un cambio de conducta, con tendencia al aislamiento, desconfianza hacia los vecinos y conocidos evitando la convivencia con los miembros de su familia, conductas extravagantes y manifestaciones incongruentes, abandono de sus ocupaciones y de sus hábitos de higiene personal.

En dos ocasiones ingresado en clínicas psiquiátricas, tratado con antipsicóticos y encontrando mejoría temporal de su comportamiento, pero sin continuidad en el tratamiento ambulatorio.

Al incorporarse al Hospital de Día se presenta en actitud negativa, guarda silencio en las entrevistas, no siendo capaz de expresar una idea concreta más allá de contestar con monosílabos, o iniciar frases titubeando y carraspeando, con gran dificultad sin que lleguen a transmitir nada inteligible, términos vagos y contenido empobrecido. Hay además un embotamiento afectivo, parece estar atemorizado y asustado. Niega alteraciones sensorio-perceptivas, no existe ninguna conciencia de enfermedad y se niega a tomar ningún tipo de medicación. Manierismos frecuentes.

La familia informa que Enrique pasa los días en la cama, se acuesta vestido, no se asea por sí mismo, siendo su única actividad alguna salida ocasional con un amigo de la infancia con quien se ha mantenido la relación. Con su padre no se comunica por propia iniciativa, hay una relación tensa y hostil,

que evidencia una falta de comprensión del problema de Enrique a quien atribuye una intencionalidad y animosidad dirigida contra él deliberadamente. Falta apoyo psicológico para manejar adecuadamente la situación.

Establecemos un diagnóstico de esquizofrenia paranoide crónica activa.

Tras superar las resistencias propias y de sus familiares se instaura tratamiento antipsicótico. Se ofrece al padre y hermana participar en el programa psicoeducativo para familiares de personas con esquizofrenia. Semanas más tarde Enrique mejora levemente su capacidad de comunicación, se muestra algo más activo y menos reactivo a las relaciones interpersonales participando más activamente en las actividades terapéuticas grupales. Afirma sentirse mejor y más capaz de pensar.

Durante los seis meses y medio de su permanencia en el Hospital de Día aporta algún dato del comienzo delirante de su enfermedad, relacionado con la convicción irracional de poderes significativos de un vecino sobre él, vivencias de extrañeza y autorreferencia. Dice haber perdido la capacidad para conocer intencionalidad de los actos de los demás. Todo ello le ha llevado a adoptar decisiones sobre su vida que justificarían su conducta pero se niega reiteradamente a explicar mejor las razones de su aislamiento, aunque en nuestra opinión esa comprensión escapa a sus posibilidades. Participa en un grupo de psicoterapia «ad hoc» para personas con psicosis esquizofrénica.

En los últimos meses no sólo participa en el programa completo de actividades sino que además ha reanudado otras que antes practicaba por las tardes: clases de dibujo, prácticas de piano y acordeón, nadar en una piscina pública y salir ocasionalmente con algunos amigos hechos en el HD. La relación con su padre ha cambiado sustancialmente y ha vuelto a ocuparse de su propio aseo personal.

En el momento de ser dado de alta prosigue su tratamiento en el grupo de psicoterapia y acude semanalmente al grupo de pintura y creatividad.

Reanuda su tratamiento ambulatorio y acude a un Centro de Día para actividades de socialización y de comunicación.

9.3.10.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Enrique es una persona muy silenciosa y poco «llamativa» en general. Desde principio se observa que intenta «escondarse» y que no está muy bien con el grupo. Está sentado con los hombros recogidos, no habla con nadie y mira hacia abajo.

Es muy difícil comunicar con él porque no le gusta hablar, sin embargo cuando empieza la actividad el participa siempre sin ninguna discusión o problemas. Parece que le gusta pintar porque lo hace con mucha atención y cuidado.

Dibuja primero con un lápiz y luego rellena los dibujos con color, siempre con un pincel muy fino. Sus dibujos, en la mayoría de las veces son con unos motivos muy pequeños en una parte de la hoja y nada más. No pinta fondos y tampoco quiere hacer cualquier otra cosa, dice que el tamaño de la hoja le parece muy grande y no la puede llenar. Como sigue con la misma manera se decide darle la mitad de la hoja pero no se observa ningún cambio. Aunque el tamaño es más pequeño el pinta de la misma manera, poniendo los dibujos en la esquina de la hoja. Solamente una vez hace un paisaje con fondo pero no llega a llenar toda la superficie. Sin embargo dedica mucho tiempo a hacer sus dibujos y al final me preguntaba si son buenos, si me gustaban y si son un poco mejores de la última vez».

De sus dibujos se deduce que es muy inseguro y tiene una necesidad de aislamiento. De sus comentarios se nota que tiene miedo y desconfianza de la gente, pero por otro lado se observa un esfuerzo para conectarse con los demás, incluso algunas veces se atreve a hacer comentarios sobre sus dibujos.

Aunque los dibujos de Enrique. en su mayoría son muy simples con poca estética los consideramos interesantes porque han sido un medio de expresión de su mundo interior. A través de los dibujos Enrique empezó a comunicar con sus compañeros y mostrar interés hacia la pintura. Sigue participando en los talleres de pintura incluso después que le han dado la alta. Dice que quiere seguir porque le gustan mucho las clases de pintura y lo pasan muy bien.

9.3.10.3 Resultados de los talleres

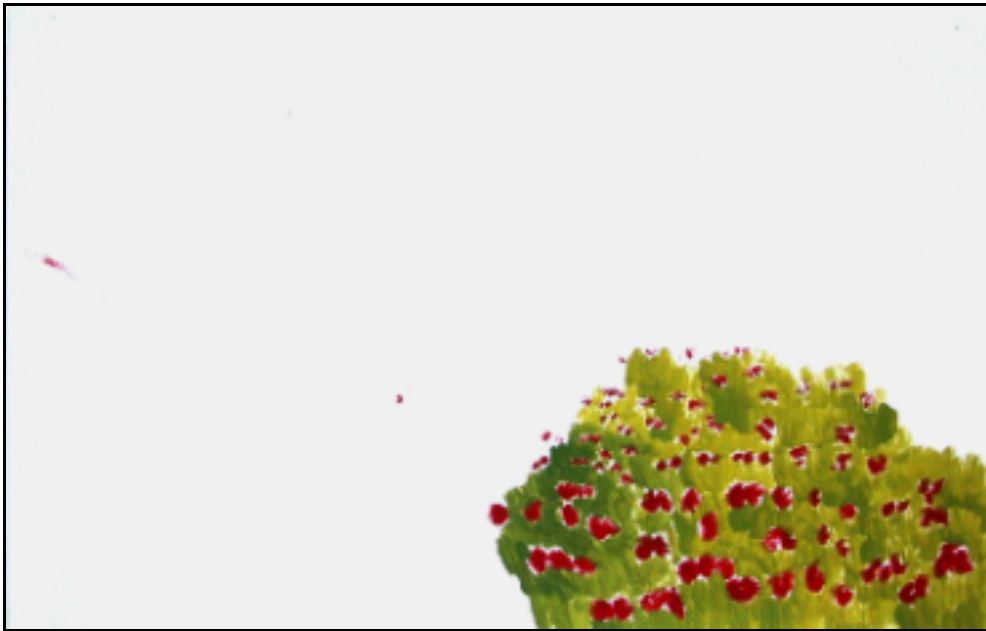


Ilustración 91: Enrique, «Amapolas».

Es una síntesis que ocupa solamente una parte de la hoja, tiene repetición en los motivos y los colores.

Enrique aquí ha utilizado sólo dos colores pero con un contraste fuerte entre el rojo y el verde. Aunque el dibujo es muy sencillo la composición de los puntos rojos (las amapolas), grandes en el primer plano y más pequeños al fondo nos dan un resultado de profundidad que es agradable.



Ilustración 92: Enrique, «Galaxias».

Es una composición centrada con ritmo y variedad de líneas. Hay un movimiento que está muy bien conseguido por las diferentes líneas. Están dibujadas con mucha seguridad y exactitud. El autor hace un juego del contraste entre rectas y curvas, gruesas y más potentes, cortas y largas.

En los motivos hay repetición y monocromía en los colores sin embargo el dibujo tiene equilibrio y armonía.

9.3.11 Simón

9.3.11.1 Descripción clínica

Simón es un varón de 42 años de edad, soltero, remitido al Hospital de Día por su psiquiatra, al no encontrar mejoría de sus síntomas psicóticos desde hace un año, a pesar de cumplir los distintos tratamientos antipsicóticos prescritos. Diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace 15 años, ha precisado múltiples hospitalizaciones psiquiátricas en centros públicos y privados. Vive con sus padres, que le atienden en sus necesidades, le apoyan y colaboran permanentemente en su tratamiento.

La sintomatología psicótica, en el momento de su llegada al HD, consiste en un discurso disgregado, con predominio de ideación delirante de contenido religioso y político. Hay un estado alucinatorio continuo, con voces de su Dios, que le dice que tiene que sufrir y le da órdenes de agredirse, provocando conductas autolesivas ocasionales. En otros momentos las voces aluden a su sexualidad, sugiriendo actuaciones homosexuales, o aluden a conductas incestuosas atribuidas a él mismo y a sus padres, y le provocan sentimientos de culpa y angustia que expresa con gran sufrimiento.

Ocasionalmente bloqueo del pensamiento, perplejidad, soliloquios. Sentimientos de despersonalización y extrañeza del yo y de desrealización y extrañeza del entorno, relacionados con frecuencia con trastornos de la percepción de la luz y los colores: «el sol es negro... todo es oscuro... el día es negro».

Durante su prolongada estancia, más de un año en el HD, la sintomatología descrita ha sufrido fluctuaciones, mejorías moderadas y transitorias, exacerbaciones y situaciones de riesgo que han hecho necesario recurrir a períodos de hospitalización completa para contención de conductas autoagresivas o para modificaciones sustanciales del tratamiento farmacológico, a pesar de la utilización de antipsicóticos y estrategias de potenciación acordes con pautas de tratamiento homologadas para casos resistentes.

En general, su actitud hacia el grupo ha sido adaptada y de colaboración, participando en las actividades programadas en la medida que su estado mental se lo ha permitido, abandonándolas cuando las alucinaciones y el estado de ansiedad se imponían, impidiéndole su conexión con la realidad con frecuencia. Sus intervenciones en los grupos han sido una mezcla de aspectos de la realidad con otros delirantes, siendo inapropiados en múltiples ocasiones.

La falta de resultados estables, la persistencia de la psicosis en actividad, y la inadecuación del programa de actividades para una situación de cronicidad, ha llevado a recomendar un ingreso hospitalario de estancia media más prolongada.

9.3.11.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Simón es una persona muy simpática, cuidada en el aspecto físico siempre muy educado, le gusta hablar y mostrar su estado de ánimo. Está animado para la pintura, dice que le gustan mucho los temas, la música y sus compañeros. Muchas veces hace alguna «broma» que causa muchas risas a los demás pero dice que no le importa le da mucha alegría oír a los demás reír, el hace lo mismo. No se ofende.

Durante la sesión de pintura, tiene mucha ilusión por hacer algo diferente pero luego parece estar obsesionado por los mismos motivos como si fuera una historia continua. Aunque presta mucha atención a las instrucciones luego hace un dibujo que no tiene, en la mayoría de las veces, mucho que ver con el tema. Sin embargo es capaz de manipular el título para adaptar su dibujo a ello. Le gusta explicar lo que ha hecho y siempre es una historia imaginaria con poca presentación pictórica.

Su persistencia en los motivos de montaña, de casas y al color marrón le impiden a mejorar su manera de expresión pero le sirven para estar por una temporada contento. Se da cuenta que el resultado no es «bueno», a él le

parece «fatal, fatal, fatal» pero se siente orgulloso porque está colocado en la pared con los demás. Durante todo el tiempo que viene en las clases nunca se ha negado a pintar aunque muchas veces el estado de su ánimo es muy bajo y está incluso llorando.

Simón ha sido el único, que se ha podido ver en los tres años de las prácticas al HPD, por sus recaídas, y se ha observado una adhesión tremenda en los motivos. Desde el punto de vista artístico no tienen algo muy especial de ofrecernos, sin embargo es admirable por su insistencia de intentar expresarse, sin ninguna intención de abandono. Al contrario siempre dice que la pintura le parece lo mejor.

9.3.11.3 Resultados de los talleres



Ilustración 93: Simón, «Jugando con la cometa».

Es una síntesis que ocupa solamente una parte de la hoja, tiene variedad en los motivos y las líneas. Hay movimiento y perspectiva.

Simón ha conseguido con muy pocos motivos una profundidad en el dibujo y ha dado volumen al motivo-casa con los dibujos de las ventana y las

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

puertas. Es sorprendente la seguridad de las líneas diagonales y del diseño de la casa.

En conjunto es un dibujo parcial pero concreto por la perspectiva.



Ilustración 94: Simón, «Las montañas».

Es una síntesis que ocupa toda la hoja, tiene repetición en los motivos, las formas y los colores.

Observamos un cierto contraste cromático entre claro y oscuro y al mismo tiempo un equilibrio. Por la manera que están distribuidos los colores el autor evita una repetición molesta.

En conjunto la composición es muy sencilla, las pinceladas parecen estar puestas con rapidez pero no con descuido. Se nota que el autor a intentado seguir un esquema que realizó anteriormente aunque al final intenta borrar los motivos casa y inglesa. El resultado final es simétrico.

9.3.12 Ester

9.3.12.1 Descripción Clínica

Ester tiene 41 años, es soltera, con una hija adolescente, y ambas viven con los padres de Esther que comenzó a presentar trastornos mentales graves desde los 22 años, que precisaron varios ingresos hospitalarios y llevaron a un diagnóstico de Trastorno esquizoafectivo a los 25 años.

Acude al Hospital de Día por indicación de la Unidad de Agudos del Servicio de Psiquiatría de la Clínica Puerta de Hierro para estabilizar el tratamiento farmacológico que no cumple, reducción de sus síntomas psicóticos, mejorar sus habilidades de comunicación y sus relaciones interpersonales.

A su llegada al Hospital de Día se muestra temerosa de lo que pueda ocurrirle a su hija y a sus padres, manifestando su temor de forma poco estructurada y reiterativa repitiendo casi constantemente «hija de mi vida y de mi corazón» a modo de sortilegio con el fin de proteger a su hija. Refiere no sentir los cuerpos de las personas y teme que se desintegren y desaparezcan. Interpreta delirantemente los ruidos y voces de los vecinos como referidos contra ella y su familia. Vive a la gente de su entorno con desconfianza y temor. Presenta también fenómenos de difusión del pensamiento de los que hace crítica parcial y estados de angustia con alteración de la vivencia del yo. Ideación obsesivoide en torno a su hija.

En el HD se establece el diagnóstico de esquizofrenia residual. Se mantiene en el programa de hospitalización parcial durante tres meses, participando de forma progresiva en las actividades grupales. La modificación del tratamiento antipsicótico y la instauración de tratamiento farmacológico antiobsesivo mejoran parcialmente el cuadro descrito, con mejor organización del pensamiento, mejorando también su capacidad de atención y concentración en las actividades, y desapareciendo la angustia. La conducta y manifestaciones obsesivoides respecto a su hija disminuyen parcialmente.

Se plantea el alta por mejoría, aunque persiste su sintomatología residual, y se remite al Centro de Rehabilitación Psicosocial. Desde las últimas semanas de tratamiento en el HD a comenzado a trabajar en la venta de cosméticos a domicilio.

9.3.12.2 Descripción fenoménica del caso

Apariencia, conducta y tipo de relación con la profesora

Ester es una persona de buen carácter, muy educada y en la mayoría de las veces muy alegre. Desde los principios de la sesiones anunció que le gusta mucho la pintura, le da mucha alegría la idea que va a poder pintar. Sobre todo admira los artistas, confiesa. «¡Es impresionante poder pintar, expresar tus sentimientos, mi padre también es pintor!»

Nunca se ha averiguado si eso es verdad pero pronto se ve que le gusta pintar, parecía muy contenta y muchas veces decía que era una suerte poder estar con amigos pintando.

Durante las sesiones, mientras pinta muchas veces se para, y dice «hija de mi vida y de mi corazón» cuenta que tiene una hija a la cual tenía que proteger de las malas personas, de la vida dura y quererla mucho porque ella también la quiere. Otras veces pregunta, mejor dicho, pide una confirmación que a su hija no le va a pasar nada y que es verdad que ella la quiere mucho.

En su pintura expresa esta relación de angustia, dibujando muchas veces a su hija y a sí misma de manera infantil. En general sus dibujos son simples, pero su técnica es muy interesante tanto en la combinación de los colores como en la variedad de los matices. La pintora tiene mucho sentido del color y de estética. Se diría que podría mejorar mucho si tuviera la oportunidad de seguir.

9.3.12.3 Resultados de los talleres



Ilustración 95: Ester, «Mí».



Ilustración 96: Ester, «Cómico».

La síntesis ocupa toda la hoja con variedad en los ritmos y en los motivos. Hay un cierto movimiento causado por las pinceladas a veces gruesas y opacas y otras más transparentes. Hay un contraste cromático entre cálido o frío y claro y oscuro.

Las formas son orgánicas y planas aunque tiene un sentido de perspectiva por la manera que están dibujadas. Respeto a los personajes la autora a conseguido, aunque con una manera infantil, dar un carácter diferente gracias a los detalles de las caras.

En conjunto es una composición equilibrada tanto por los colores y el modo que fluyen en el dibujo, como por los motivos-personajes.

La autora comenta que esta es una escena de vacaciones que la lleva pensando mucho tiempo. Es ella y su hija en la playa.

10. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES FINALES

10.1 Discusión

A lo largo del presente trabajo se han presentado varios enfoques y corrientes de la utilización en la enseñanza de la expresión plástica para personas con problemas psíquicos, minusvalías físicas o circunstancias de marginación social. Estas técnicas se pueden resumir bajo el nombre de arte terapia, término adaptado del inglés «art therapy». «Terapia» se usa según el ***Diccionario de uso del español*** de María¹⁶⁶ sobre todo como sufijo. Moliner cita los ejemplos «helioterapia, hidroterapia, opoterapia, organoterapia, radioterapia, sueroterapia y talasoterapia». Bajo «terapéutica» se aprende más sobre el significado de la palabra: «Parte de la medicina que trata de la curación de las enfermedades.. La palabra tiene su origen en la palabra griega «θεραπεία», tratamiento, terapia, cura. El arte terapia tendría que tener por definición capacidades curativas.

Algunos autores afirman las características curativas del arte terapia, así por ejemplo Tessa Dalley: «...la actividad artística que se lleva a cabo en un entorno terapéutico, con propósitos claros de corrección o de tratamiento y en presencia del terapeuta, tiene unos objetivos y unas metas diferentes. En el caso de la terapia, lo más importante de todo es la persona y el proceso, dado que el arte se utiliza como medio de comunicación no verbal. Dicho de una manera más elaborada, la actividad artística proporciona un medio concreto — no verbal — a través de la cual una persona puede lograr una expresión al mismo tiempo consciente e inconsciente y que puede emplearse como valioso agente de cambio terapéutico».¹⁶⁷ Para Dalley lo más importante es la comunicación no verbal que permite la expresión plástica pero cree en un efecto curativo del arte en sí mismo.

¹⁶⁶ MOLINER, María, (1986), ***Diccionario de uso del español***, Madrid, Gredos .

¹⁶⁷ DALLEY, Tessa (ed.), (1987), ***El arte como terapia***, Barcelona, Herder, (p. 14)

El exponente que se opone en el modelo elegido por ella a esta definición es Johann Feilacher de la Casa de los Artistas de Gugging. Para el psiquiatra y artista austriaco la práctica del arte no tiene ningún efecto terapéutico, su única función es socializadora y puede llegar a ser una necesidad vital para ciertas personas. Pero el hecho de crear no implica ninguna mejora en el estado del creador, es simplemente una necesidad. Como Feilacher afirma, esto no quiere decir que él no respete el arte terapia en el sentido de Dalley. Pero Feilacher cree que la necesidad de crear no es propia a cualquier enfermo mental, lo mismo que no lo es para cualquier persona «normal».

La realidad en un hospital psiquiátrico es sin duda diferente a la situación en Gugging que constituye un caso muy especial dentro del panorama de la práctica del arte en ambientes psiquiátricos. Lo que uno se encuentra en el taller de pintura de un hospital psiquiátrico no es una selección de gente con una sensibilidad artística especial, lo mismo que no la encontraríamos en la clase de arte de un instituto normal. La composición de los participantes de un taller de estas características es muy heterogénea. La motivación, en el caso que el taller sea voluntario como en nuestro caso, de los pacientes era muy diversa, para no hablar de la composición de un taller al cual los participantes acuden obligados. La práctica del arte terapia en un ambiente clínico no puede ser un curso de talentos, pero en un curso de pintura en una clínica puede surgir una persona con una sensibilidad artística especial.

En el curso de los tres años de las clases de pintura impartidas en el Hospital de Día «Puerta de Hierro» se pudo constatar que la expresión plástica puede llegar a ser una importante alternativa comunicativa para gente con problemas en el campo de la comunicación verbal. Las obras creadas en el taller podían ser expresiones importantes de los sentimientos, de los estados de ánimo, de los problemas y alegrías de los participantes. Pero es más: los dibujos servían muchas veces como punto de partida para una expresión en el sentido clásico de nuestra tradición cultural que seguramente da más importancia a la comunicación verbal que a la visual. Los diálogos surgidos a raíz de los dibujos hechos en el taller superaban en muchos casos el nivel de comunicación verbal alcanzado en las sesiones de análisis. En un caso se pudo constatar incluso que un chico (Fernando), que hasta entonces sólo había contestado con

monosílabos, empezó a hablar con frases cuando se trataba de comentar sus obras. También en los casos de Enrique y Mohamed se pudo constatar una sensible mejoría en la comunicación oral, debiéndose esta mejoría claramente al estímulo de la creación plástica y sus amplias posibilidades de comunicación no verbal.

El alumnado se atrevía a expresar sus fantasías, sus miedos, sus pensamientos sin ninguna preocupación. Muchas veces a través de las obras consiguieron ordenar sus pensamientos. Observamos que lo visual les ayudó a conectar los conceptos mejor que el pensamiento que es abstracto.

Durante la terapia a través del arte muchas imágenes e ideas indefinibles, borrosas y vacías se pudieron volver más claras.

Es más fácil para ellos descubrir y enseñar cosas con imágenes en lugar de utilizar palabras. No se asustan pintando, sobre todo porque muchas veces no son conscientes de la importancia y el significado de sus pinturas. Además cuando una idea se acerca a la conciencia, se expresa con frecuencia a través del arte antes de que la persona hable de ella. Está probado por muchos autores que para la mayoría de las personas es difícil decir ciertas cosas con palabras, incluso si son completamente conscientes de ellas.

Algunos autores, al comparar el teatro con la pintura, dicen que a pesar de que el teatro es más expresivo en el nivel oracional, muchos pacientes prefieren la expresión plástica precisamente por el miedo que les infunde la expresión oracional.

El ambiente del taller no sólo es propicio por su condición de taller creativo, también fomenta una comunicación más abierta. Los alumnos/as se dieron cuenta que el ambiente del taller era mucho más libre que el de las sesiones de dibujo analítico.

Se ha podido demostrar que el ambiente y la preparación propicios pudieron dar lugar a unos resultados mucho mejores desde el punto de vista estético, pero al mismo tiempo más expresivos y satisfactorios desde el punto de vista emocional para los participantes en la actividad. Para ellos era importante poderse expresar libremente, y de la forma que ellos prefirieran, lo que sentían y llevaban dentro. Pero quizás todavía más importante era sentir la satisfacción al ver la obra conseguida colgada en la pared de la sala del pintura y

escuchar los elogios o comentarios de la profesora y de los compañeros/as. Estamos por tanto de nuevo delante del efecto socializador de la práctica del arte. Cada individuo necesita un reconocimiento social de lo que hace. Este reconocimiento puede llegar en forma de elogios, de reseñas positivas y ¿por qué no? de remuneración. Algunos artistas que sufren de una enfermedad mental y no son capaces de llevar una vida que se ajuste al concepto general de normalidad han llegado a vender sus obras, sean pinturas, dibujos, esculturas u otros productos elaborados por ellos, y de repente pueden llevar una vida que es «normal» en algunos aspectos. De pronto llevan en su bolsillo el dinero para ir a tomar un café, para ir de vacaciones o permitirse algún «capricho». Lo más importante no es el hecho de tener dinero, sino de haberlo ganado por sus medios y en una actividad donde pueden ser iguales o incluso mejores que la media.

Ahora bien, no todos los enfermos/as mentales tienen un talento especial para las artes plásticas aunque en muchas cabezas todavía vuelan los fantasmas de Cesare Lombroso y su obra ***Genio e follia***¹⁶⁸. ¿Cuántas veces no habremos escuchado lo del genio y la locura hablando de artistas? Pero como pudimos comprobar en el día a día del taller de plástica, no todos los alumnos/as con dificultades en la comunicación verbal consiguieron expresarse como artistas. Los resultados, que consiguieron los diferentes participantes en el taller, fueron muy heterogéneos pero ha habido algunos/as que sorprenden por su calidad estética. Hemos observado que con el tiempo cada uno ha ido encontrando su estilo personal y pintado su versión propia de los temas propuestos en las sesiones de pintura. Este hecho ha sido un elemento muy valioso para su autoestima, han sentido que eran capaces de encontrar una identidad propia e individual. Pero también el espectador reconoce en seguida los rasgos característicos que definen estos estilos personales. Mirando una serie de obras de los mismos alumnos/as la autoría se reconoce en la mayoría de los casos con claridad.

En el proceso de integración social una parte muy importante la ha ocupado las visitas en grupo a diferentes museos y exposiciones temporales de arte que se han realizado a lo largo de los talleres de pintura y que

¹⁶⁸ LOMBROSO, Cesare, (1864), ***Genio e follia***, Milán, Chiusi.

constituyeron una fuente importante de inspiración y de enriquecimiento. Las visitas también han empeñado un papel importante en la socialización de los pacientes, ya que estos han tenido que moverse en un espacio público. A través de estas visitas tuvieron la oportunidad de desarrollar el juicio estético y aprender a hacer comparaciones de diferentes obras o estilos. Se les ha despertado la curiosidad y el interés para aprender y profundizar más sobre el arte. Como hemos visto en el capítulo 8.5, la arte terapeuta Simone Alter Muri recomienda a sus clientes las visitas de museos y galerías como parte de su terapia porque pueden fomentar el desarrollo de la identidad y el aumento de la autoestima. Las obras de autores consagrados expuestas en los museos pueden además servir para encontrar paralelismos en las creaciones de los alumnos/as y, de esta manera, cumplir una función importante en el proceso de normalización y socialización. Los museos son para ellos/as una rica fuente de inspiración y pueden ayudar a desarrollar la creatividad con más libertad.

Aquí cabría destacar también que los museos públicos tienen todavía unas asignaturas pendientes para volverse realmente accesibles para todos. En algunos de ellos las trabas para realizar una visita con disminuidos psíquicos o físicos todavía son importantes. Harían falta medidas para estimular a estas personas para que visiten los museos públicos. El camino a seguir lo han mostrado algunas instituciones museísticas en el extranjero, pero también aquí en España hay algunos ejemplos buenos de cómo tendría que ser un museo abierto para todos. El efecto positivo de las visitas a museos ha quedado demostrado con las reacciones positivas de los propios participantes y por los buenos resultados de las clases que seguían a las visitas. También otros autores afirman la utilidad de la inspiración a través de artistas reconocidos que pueden utilizar rasgos estilísticos parecidos o ser un ejemplo a seguir, por el éxito y el reconocimiento social que han tenido a pesar de su enfermedad.

El primer paso lo tendrían que dar de todas maneras las instituciones psiquiátricas. España sufre un importante retraso en este campo. Es más, el arte terapia no existe, no se practica en los centros psiquiátricos. Se han dado algunos pasos en la dirección de la formación de especialistas en la materia. Allí está el curso de la Universidad de Barcelona, desde el año 2000, el master de arte terapia en la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de

Madrid donde se ha empezado a impartir este mismo año académico. También en la Universidad de Granada se quiere introducir un curso de arte terapia próximamente. Los preparativos van a marchas forzadas. Lo que es necesario ahora por parte de las administraciones es una labor de concienciación en los Centros de Salud Mental para poder introducir el arte terapia en los procesos de tratamiento.

Como hemos visto la profesión del arte terapeuta no está todavía muy definida. Las discusiones entre los profesionales que provienen del campo de la psicología o la psiquiatría y los que provienen de la educación artística o del arte no se han acabado en países donde el arte terapia ya se practica como parte fija del programa de las clínicas estatales y privadas. En España no ha hecho nada más que empezar. Habrá que delimitar el campo de «acción» del arte terapeuta, definir la colaboración con el personal médico, los terapeutas ocupacionales, el personal sanitario. Una ventaja que puede tener el atraso de España en esta materia, es que se pueden aprovechar muchas experiencias hechas en el extranjero para no repetir los errores cometidos en muchos modelos que se introdujeron y que desaparecieron por no válidos o por problemas de aceptación. Hay mucha literatura especializada al respecto en inglés, alemán y francés, sin embargo falta literatura sobre arte terapia en español.

10.2 Conclusiones finales

En el curso de las prácticas llevadas a cabo en el Hospital de Día de la «Clínica Puerta de Hierro» hemos podido confirmar que la expresión plástica no sólo desempeña funciones estéticas, sino que es de gran importancia su función social y de comunicación. Especialmente en la enseñanza especial esta última cobra un sentido primordial porque puede ser un factor importante en el proceso de integración de individuos con esquizofrenia. Como demuestran las experiencias que se han podido hacer en varias ocasiones y circunstancias educativas, la práctica artística o meramente creativa puede tener un efecto positivo en el proceso de mejoría. Como se ha dicho anteriormente, uno de los efectos positivos de la práctica del arte (talleres de pintura, creación espontánea, otros tipos de enseñanza artística) es el factor social que la casi totalidad de los autores afirman cuando se habla de este tema. Dado que el artista goza de una libertad expresiva que la sociedad no concede a todos los demás individuos, las personas con problemas en la comunicación tradicional, que suele ser verbal, pueden encontrar en el lenguaje plástico una vía alternativa de comunicación que les permita expresarse en la sociedad.

En los textos que se refieren al tema se puede comprobar que varios autores les conceden un poder expresivo mayor a las imágenes que a las palabras. También en el taller de pintura del Hospital de Día se ha confirmado esta hipótesis: muchas veces los pacientes eran capaces de expresar preocupaciones o problemas a través del dibujo o de la pintura que no habían podido verbalizar en las sesiones de análisis con los psiquiatras. La creación plástica permite una conexión más directa entre el inconsciente y el mundo exterior. De todas maneras la comunicación de los problemas, las fobias, los sufrimientos ya es una condición importante para el análisis y el posterior tratamiento del paciente. Aquí sin embargo sería necesaria una estrecha colaboración entre los médicos psiquiatras y los arte terapeutas. No se pretende que las obras surgidas en los talleres de pintura sirvan únicamente para propósitos analíticos, se les atribuye de por sí un efecto benigno para el estado de ánimo del enfermo. El mero hecho de saber exteriorizar sentimientos y preocupaciones, de plasmarlos en un cuadro es simbólicamente un acto de dominación de estos problemas. Una vez en el papel, las amenazas, los

fantasmas, los problemas, el dolor pierden parte de su fuerza, y el individuo que los ha pintado gana una cierta distancia a lo representado que no es nada más y nada menos que sus preocupaciones etc. que lo tenían atenazado. Si el resultado del proceso creador además sirve de punto de partida para verbalizar estos problemas junto con el arte terapeuta, el provecho puede llegar a ser muy importante.

Cada persona es por su naturaleza un ser de fuerte creatividad, y un/a arte terapeuta siempre debería ser cuidadoso/a para no interferir en la creación dando demasiadas instrucciones, ya que es muy peligroso y puede llevar a resultados poco agradecidos, sobre todo si el paciente se siente molesto y se pone nervioso.

Un objetivo que se ha alcanzado con las clases de pintura es seguramente el progreso de los alumnos/as que han ganado confianza en sí mismos e independencia, han aprendido a asumir la responsabilidad por el proceso y por el resultado, a elegir, a hacer, a crear, a reaccionar, a cambiar sus decisiones, a juzgar y a aprovechar sus experiencias previas. Durante las clases y sobre todo a través de los análisis formales de las obras surgidas de los talleres ha quedado demostrado que estas personas tienen, al menos, la misma capacidad de expresión plástica que cualquier persona «normal».

Con la creación plástica los alumnos/as pueden experimentar simbólicamente y descubrirán nuevas emociones e ideas. Pueden utilizar materiales que son «fáciles» de manejar, de modo que pueden sentir una especie de poder sin ningún peligro. Se sienten capaces y únicos realizando cosas «especiales» que pueden crear ellos mismos. Finalmente comparten con los demás los resultados, y esto es algo importante aprenden a compartir pensamientos y sentimientos...

Con unos ejercicios adecuados se pueden fomentar los contactos sociales entre los participantes en el taller de pintura. Hemos visto que la realización de cuadros colectivos (*cómic*, «cuadro de varios pintores» etc.) puede hacer que crezca el respeto mutuo y la amistad entre los participantes. En general el arte terapia trabaja con grupos aunque también se da el caso de terapias individuales. Durante nuestras prácticas la forma practicada siempre ha sido el trabajo en grupo, lo cual ya de por sí constituye un importante paso de integración social.

Sin duda la expresión plástica es una forma de comunicación que puede sumergirse hasta unas profundidades insospechadas. A pesar de esta afirmación, el ejemplo de Nadia es un caso bien documentado que al mismo tiempo es una excepción, la imposibilidad de comunicación verbal no implica automáticamente un talento especial para la creación plástica. Pero puede ser o llegar a ser una alternativa valiosa para el diagnóstico porque el paciente esquizofrénico, puede comunicarse en un nivel distinto al verbal que en muchos casos se ve muy afectado con este tipo de trastornos mentales. Para que la expresión plástica se convierta realmente en un instrumento de comunicación hace falta animar a los pacientes. También estamos convencidos que la enseñanza de unos principios pictóricos (teoría de los colores, formas, pinceladas, nociones básicas de técnica) pueden hacer de las antiguas sesiones de dibujo ocupacional una rica experiencia tanto para el paciente como para el/la terapeuta. Hemos tenido la oportunidad de comparar los resultados de nuestros talleres de arte con los productos de la terapia ocupacional tradicional y hay grandes diferencias entre ellos. El valor estético y expresivo de un taller de arte no tiene nada que ver con lo que se conoce de la tradicional terapia de pintura. No creemos que en cualquier enfermo/a mental haya un artista pero creemos que la pintura puede llegar a ser un medio de expresión valiosísimo para estas personas.

La esquizofrenia no se puede curar pero se puede mejorar el estado del enfermo/a. El arte terapia en un ambiente clínico—psiquiátrico puede ayudar en ello, tiene los siguientes efectos beneficiosos:

- medio alternativo de comunicación para personas con problemas de expresión verbal
- aumenta la autoestima de los participantes
- ayuda a la integración social en el grupo y fomenta la amistad y la confianza grupal
- puede aliviar los síntomas de la enfermedad
- al expresar los miedos, fantasías y pensamientos sin los límites del lenguaje oracional, la expresión plástica constituye un medio a la dominación de éstos.
- constituyen una manera para desarrollar el juicio estético

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

—es una importante ayuda para la verbalización a través del comentario de las obras por sus autores

—es una oportunidad para descubrir sus capacidades y aprender a utilizarlas

—sirve para despertar la curiosidad y el interés y sacar a los alumnos/as de el estado de apatía

El arte terapia ayuda en el análisis de los trastornos mentales, pero para alcanzar unos buenos resultados es necesaria la estrecha colaboración entre arte terapeutas, psiquiatras y psicólogos. Haría falta organizar equipos con la representación de las tres profesiones. En esta colaboración es importante que cada uno de los profesionales se limite estrictamente a su campo.

Volvamos a una de las hipótesis principales: ¿Es el arte capaz de curar? Se puede dar por probado que la expresión plástica aporta elementos para el tratamiento de la esquizofrenia aunque no sea capaz de curarla. Sin duda puede mejorar el estado de los/as pacientes como hemos podido observar en muchas ocasiones, pero para el tratamiento íntegro, aunque sólo sintomático, de la enfermedad es necesario que colabore la psiquiatría. Pero lo mismo se podría decir si se considera el problema desde el otro lado. La psiquiatría por sí sola tampoco es capaz de tratar la esquizofrenia. Hace falta un método completo que tome en cuenta todos los aspectos de la tan complicada mente humana.

Si en varios países europeos, en Estados Unidos o en Canadá ya existen muchas experiencias con la práctica del arte terapia, en España todavía queda mucho por hacer en esta materia. En los hospitales psiquiátricos se lleva ya tiempo practicando la terapia ocupacional que bajo ningún concepto se vería sustituida por el arte terapia, puesto que se trata de dos terapias fundamentalmente distintas. Sería importante poder disponer en las clínicas psiquiátricas y en los hospitales de día de una infraestructura adecuada para la práctica de las artes plásticas (talleres). Lo ideal serían unos talleres accesibles durante todo el día y con presencia de un/a arte terapeuta. De esta forma los pacientes podrían acudir a estos talleres con total libertad y al mismo tiempo consultar sus dudas o intereses artísticos con una persona que tiene la

experiencia necesaria en la creación artística. Este modelo libre parece ser el que más frutos positivos da. Este modelo «libre» no quiere sustituir los talleres organizados con horario fijo. Pretende ser un complemento y concederle a la creatividad el espacio adecuado para su desarrollo en libertad y con las mejores garantías de éxito.

En lo que se refiere a la parte artística de las creaciones de los enfermos mentales se nota en España un interés creciente. Ya hemos hablado de Albert Porta, «Zush», que utiliza las imágenes surgidas del inconsciente y que se inspira claramente en obras de artistas con enfermedad mental como Wölfli y algunos pintores de la colección «Prinzhorn». El interés por las creaciones plásticas de los «alienados» surgió a finales del siglo XIX y las obras de aquellos años no han perdido nada de su fascinación desde que fueron creadas. El espectador se siente conmovido observándolas. Los trabajos, realizados en libretas, diarios, cartulinas, hasta en papeles higiénicos, escapan a las jerarquías de los ámbitos culturales y artísticos, ocupando un espacio marginal. No se pueden comparar con el modelo de arte institucional que acepta un objeto como arte porque está en una galería, o porque lo dice el artista. Estas obras (la Colección Prinzhorn, la obra de Aloïse, Wölfli, Carlo) fueron realizadas por necesidad. No había ni público, ni museos, ni exposiciones, sólo el irrefrenable impulso de dibujar, de pintar. Para Dubuffet eso era lo fundamental: Este arte no existe en razón de ninguna definición institucional. Existe porque la persona que lo hace no puede dejar de hacerlo, no puede reprimir el impulso de garabatear, de pintar, de recortar, en fin, de crear algo. Detrás de estas obras hay una energía absoluta, tienen necesidad de existir. Y allí es donde podemos enlazar con las creaciones de los alumnos/as del Hospital de Día de la «Clínica Puerta de Hierro» porque en ellas también existe esta fuerza fundamental, esta necesidad absoluta de expresión que salva del silencio total y del encerramiento completo. A través de las experiencias en los tres años de talleres y un profundo análisis formal y estético de las obras surgidas, se ha podido ver que esta fuerza puede llegar a abrir vías de expresión alternativas que funcionan como sustitutos de las vías clásicas de comunicación, ya que éstas se ven muchas veces deterioradas en estos enfermos.

11. BIBLIOGRAFÍA

11.1 Obras citadas

- AGUILERA, Beatriz et al., (1994), **Educación para la paz**, Madrid, Los libros de la catarata.
- ALTAMIRANO, Carlos Luis, (1993), **Cuentos del Tárcoles**, San José, UNED.
- ALTER MURI, Simone, (1996), «From Dali to Beuys: Incorporating Art History in Art Therapy Treatment Plans», **Art Therapy: Journal of the American Art therapy Association**, 13/2 (pp. 102-107).
- ALTHOFF, J.G., (1980), «Time Limits in and Leave from a Day Treatment Program», en: **Hosp. Comm. Psychiatry**, 31 (12) (pp. 841-844).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (ed.), (1994), **Diagnostic Criteria from DSM-IV**. Washington, American Psychiatric Press, (pp. 147-159).
- ANDREOLI, V., (1977), «La communication non verbale d'un schizophrène», en **Psychopathologie de l'expression**, vol 24, Basilea, Sandoz.
- ANDREOLI, V., (1982), «Les dernières années de Carlo», en: **L'Art brut**, fascículo 11, Collection de l'Art Brut, Lausanne.
- ANDREOLI, V., TRABUCCO, Ch., PASA, A., (1966), «Carlo» en: **L'Art brut**, fascículo 6, Compagnie de l'Art Brut, Paris.
- ANDREOLI, Vittorino, (1996), «The Sexual and the Sacred», en: **Carlo a mad painter**, Venecia, Marsilio, (pp. 25-30).
- ANDREOLI, Vittorino, (1996), **Carlo a mad painter**, Venecia, Marsilio.
- ARIETI, S., (1976), **Creativity: The Magic Synthesis**, Nueva York, Basic Books.
- ARTAUD, Antonin, (1960), **Artaud le Môme**, Oeuvres complètes, vol. 7, Paris, Gallimard.
- ARTAUD, Antonin, (1960), **Cahiers de Rodez**, Oeuvres complètes, vol 19, Paris, Gallimard.
- ARTAUD, Antonin, (1964), **Le théâtre et son double**, Paris, Folio.
- ARTAUD, Antonin, Libros de apuntes (febrero 1947), citado en: VV.AA., (1987), **Antonin Artaud: Dessins**, catálogo de exposición, Paris, Centre Pompidou.
- AUSTIN, J.H., (1978), **Chance and Creativity: The Lucky Art of Novelty**, Nueva York, Columbia Univ. Press.
- BADER, Alfred, (1961), **Wunderwelt des Wahns: Insania Pingens**, Colonia, Du Mont.
- BADER, Alfred, (1990), **Von einer Welt zu'r anderen**, Colonia, Du Mont.
- BADER, Alfred, NAVRATIL, Leo, (1976), **Zwischen Wahn und Wirklichkeit: Kunst-Psychose-Kreativität**, Lucerna, Bucher.
- BALL, Hugo, (1992), «Totenklage», en: **Dada Zürich**, Stuttgart, Reclam.
- BARCIA SALORIO, Demetrio, (1999), **Locura y creatividad**, Madrid.
- BENNET, G.-P., (2000), «El arte de los pintores locos», En: **El País Semanal**, 1216, 16/01/2000 (pp. 26-30).
- BLACK, Donald, W., ANDREASEN, Nancy C., (1996), «Esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y trastorno delirante», en: **Tratado de psiquiatría**, Barcelona, Ancora.

- BÖKER, Wolfgang, (1987), **Psychosocial Treatment of Schizophrenia**, Toronto, Bona, Huber.
- BOWMAN, Russell, (1992), «Looking to the Outside», en: VV.AA., **Parallel Visions**, Princeton, Princeton Univ. Press.
- BRETON, André, (1965), **Le surréalisme et la peinture**, París, Gallimard.
- BRETON, André, (1970), «Générique» (1965) en: **Perspective cavalière**, París.
- CALVÉ, A., IBAÑEZ, V., (1995), **Memoria del Hospital de Día de la Clínica Puerta de Hierro**, Madrid, Clínica Puerta de Hierro, INSALUD.
- CARDINAL, Roger, (1972), **Outsider Art**, Londres.
- CARDINAL, Roger, (1993), «El surrealismo y el paradigma del sujeto creador», en: **Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal**, Madrid, Mncars.
- CASINO, Gonzalo, (2001), «Nuevas piezas para el puzzle de la esquizofrenia», en: **El País**, 27/03/2001.
- COPÓN, Miguel, (2000), «Quincuagesimoquinta utopía», en: **ZUSH - La campanada**, Madrid, Mncars, (pp. 127-128).
- CHEVALIER, Jean y GHEERBRANT, Alain, (1995), **Diccionario de los Símbolos**, Barcelona, Edit. Herder.
- DALLEY, T. (ed.), (1987), **El arte como terapia**, Barcelona, Herder.
- DALLEY, T., (1984), **Art as Therapy**, London, Tavistock/Routledge.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (ed.), (1991), **Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España**, Madrid, Oficina del Defensor del Pueblo.
- DUBUFFET, Jean, (1949), **L'art brut préféré aux arts culturels**, París.
- DUBUFFET, Jean, (1966), **Haut Art d'Aloïse**, fascículo 7 de la Compagnie de l'Art Brut, París.
- DUBUFFET, Jean, **Cultura asfixiante**, (1970), Buenos Aires, Ediciones de la Flor.
- EDGERTON, J.E., CAMPBELL, R.J. (eds.), (1994), **American Psychiatric Glossary**, Washington, American Psychiatric Press.
- EISSLER, K.R., (1967), «Psychopathology and creativity». **Am. Imago**, 24: 35.
- FÁBREGAS, J., (1989), «Indicaciones y ubicación del Hospital de Día en el circuito asistencial», **Informaciones Psiquiátricas**, Madrid, Insalud.
- FEILACHER, Johann, (1993), ***** von Gugging**, catálogo de exposición, Weimar, sin paginación.
- FEILACHER, Johann, (1993), **Gugging, Die Künstler aus Gugging**, «Introducción», Maria Gugging, (sin paginación).
- FOUCAULT, Michel, (1967), **Historia de la locura en la época clásica**, Madrid, FCE.
- FOX, H. H. A., (1963), «A critique on creativity in science». En: **Essays on Creativity in the Sciences**, Nueva York, New York Univ. Press.
- FREEMAN, Barbara, (1992), «Biographies of Outsider Artist», en: **Parallel Visions**, Princeton, L.A. County Museum & Princeton University Press.
- FREUD, S., (1973), **Obras completas**, Madrid, Biblioteca Nueva.
- FREUD, Sigmund, «An Autobiographical Study», En: **Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud**, vol. 20.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, José Antonio, (1986), **Psicodidáctica y organización del aprendizaje para deficientes en régimen de integración**, Madrid, Uned.
- GLAUSER, Friedrich, (1995), **Matto regiert**, Zürich, Limmat Verlag, (Traducción: Amaranto Editores, Madrid, sin publicar)

- GOLDBERG, K. (ed.), (1988), «Differing Approaches to Partial Hospitalization» en: **New Directions for Mental Health Services**, nº38., San Francisco, Josey Bass.
- GORSEN, Peter, (1984) «Kunstpsychotherapie» en: **Kunst-Therapie** (eds. H. Hartwig, K.H. Menzen), Berlín, (pp. 129-151).
- HELFENSTEIN, Josef, (1996), «Adolf Wölfli im Museum», en: **Adolf Wölfli, Schreiber, Dichter, Zeichner, Componist**, Basel, Wiese.
- HERRERA SALAZAR, Carlos, (1990), **Cuentos de angustias y paisajes**, San José, (contraportada).
- HILL, Adrian, (1945), **Art versus Illness**, London, Allen & Unwin.
- HILL, Adrian, (1951), **Painting out Illness**, London, Williams & Northgate.
- HOGE, M.A. et al., (1987), «Functions of Short-Term Partial Hospitalization», en: **A Comprehensive System of Care**, Int. J. Part. Hosp.; 4: (pp. 177-188).
- HOGE, M.A. et al., (1992), «The Promise of Partial Hospitalization: A Reassessment», en: **Hosp. Comm. Psychiatry**; 43(4): (pp. 345-354).
- HUYSMANS, Joris-Karl., (1977), **A rebours**, Paris, Gallimard.
- INSALUD (ed.), (1999), **Guía para la gestión para la hospitalización de día psiquiátrica para adultos**, Madrid, INSALUD.
- IRVING, Washington, (1991), **Cuentos de la Alhambra**, Madrid, Espasa Calpe.
- JÄGERS, Achim, (1998), **Von Gugging Aus...**, Innsbruck, VIP.
- JASPERS, Karl, (1949), **Strindberg und van Gogh: Versuch einer pathographischen Analyse**, Munich.
- JONES, M., (1960), **The Therapeutic Community**, New York, Basic Books.
- KANAS, N., (1996), **Group Therapy for Schizophrenics Patients**, Washington, American Psychiatric Press.
- KRAMER, Edith, (1982), **Terapia a través del arte en una comunidad infantil**, Buenos Aires, Kapelusz.
- KRIPPNER, S., (1977), «Research in creativity and psychedelic drugs», En: **Int. J. Clin Exp. Hypn.** 25: 274.
- LEADER Darian, GROVES, Judit, (1998), **Lacan**, Buenos Aires, Era Naciente SRL..
- LEBRERO STALS, José, (1977), **Zush**, Barcelona, Ediciones Polígrafa.
- LOMBROSO, Cesare, (1864), **Genio e follia**, Milán, Chiusi.
- LOMBROSO, Cesare, (1882), **Uomo di genio**, Turín.
- LOPEZ F. CAO, Marián, (1997) **Käthe Kollwitz**, Madrid, Ediciones del Orto.
- MAC GREGOR, John M., (1989), **The Discovery of the Art of the Insane**, Princeton, Princeton Univ. Press.
- MAIZELS, John, (1996), **Raw Creation, Outsider Art and Beyond**, London, Phaidon Press.
- MARTÍNEZ VÁZQUEZ, Virtudes, (2000), «Aproximaciones al Arte-terapia. Una experiencia en Granada», **Arte, Individuo y Sociedad**, no. 12, Madrid, Universidad Complutense.
- MARTÍNEZ, Noemí, (1996), «La terapia artística como una nueva enseñanza», en: **Arte, Individuo y Sociedad**, no.8, Madrid, Universidad Complutense.
- MILLER L, Carol, (1993), «The Effects of Art History – Enriched Art Therapy on Anxiety, Time on Task, and Art Productivity Quality», en: **Art Therapy Journal of the American Therapy Association**, 10(4), Glen Oaks, (pp. 194-200).
- MOLINER, María, (1986), **Diccionario de uso del español**, Madrid, Gredos.
- MORGENTHALER, Walter, (1921), **Ein Geisteskranker als Künstler**, Berna.
- MORGENTHALER, Walter, **Übergänge zwischen Zeichnen und Schreiben bei Geisteskranken**, tesis de catedrático sin publicar.

- NAUMBERG, M., (1958), «Art Therapy: its Scope and Function», en: E.F. HAMMER (ed.), **Clinical Applications of Projective Drawings**, Springfield, Illinois, C.C. Thomas.
- NAVRATIL, L., (1972), **Esquizofrenia y arte**, Barcelona, Seix Barral.
- NAVRATIL, L., (1983), **Die Künstler aus Gugging**, Viena, Museum Moderner Kunst.
- NAVRATIL, L., (1998), **Die Gugginger Methode**, Stuttgart, Fischer.
- NAVRATIL, L., (1993), **Die Künstler aus Gugging**, Viena.
- NAVRATIL, L., «Art Brut and Psychiatry», en : **Raw Vision**, nº 15.
- OMS, **Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)**, (1992), Ginebra., OMS.
- PARKER, S., KNOLL, J.L., (1990), «Partial Hospitalization: An Update», **Am. J. Psychiatry** ,: 147(2); (pp156-160).
- PESSOA, Fernando, (1998), **42 poemas**, Madrid, Grijalbo.
- PORRET-FOREL; Jacqueline, (1993), **Aloïse et le théâtre de l'univers**, Ginebra, Skira.
- PRINZHORN, Hans, (1922), **Bildnerei der Geisteskranken**, Berlín.
- RAINER, Arnulf, (1996), «Dibujos a ciegas» en **Campus Stellae**, Santiago de Compostela, CGAC.
- REISING, Gert, (1994), «Los deficientes psíquicos en el Museo de Bellas Artes de Karlsruhe» en: **Museos abiertos a todos los sentidos**, Madrid.
- RENNERT, Helmut, (1962), **Die Merkmale schizophrener Bildnerei**, Jena, Gustav Fischer.
- ROSIE, J.S., (1987), **Partial Hospitalization: A Review of Recent Literature**, Hosp. Comm. Psychiatry; 38.
- SCHAUFELBERGER, P., KILLER, P., (1995), **Hans Krüsi, Zum 75. Geburtstag**, Urnäsch, Sántis Verlag.
- SELFE, L., (1977), **Nadia: A Case of an Extraordinary Drawing Ability in an Autistic Child**, Nueva York, Academic Press.
- SHRIQUI, C.L., NASRALLAH, H.A. (eds.), (1995), **Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia**, Washington, American Psychiatric Press.
- SORELL, W., (1974), **Hermann Hesse: The Man Who Sought and Found Himself**, Londres, Wolff.
- STORR, A ., (1972), **The Dynamics of Creation**, Nueva York, Atheneum.
- THÉVOZ, Michel, (1990), **Art brut, Kunst jenseits der Kunst**, Aarau, AT.
- TILEY, Pauline, (1991), **Educación especial**, Barcelona, CEAC.
- ULMAN, E., (1961), «Art Therapy: Problems of Definition», **Bulletin of Art Therapy** 1(2), (pp. 10 -20).
- ULLÁN, José-Miguel, (2000), «Autobiografía no autorizada, seguida de 54 imágenes apalabradas», en: **ZUSH - La campanada**, Madrid, Mncars.
- VV.AA., (1992), **Parallel Visions. Modern Artists and Outsider Art**, Catálogo de Exposición , Princeton.
- VV.AA., (1993), **Visiones Paralelas**, Madrid, Museo Centro de Arte Reina Sofía.
- VV.AA., (1994), **Das Haus Kannen Buch, Bilder aus der Psychiatrie**, Münster, Alexianer-Krankenhaus.
- VV.AA., (1997), **Adolf Wölfli, Schreiber, Dichter, Zeichner, Componist**, Basel, Wiese.
- VV.AA., (2000), «The Prinzhorn Collection: Traces upon the Wunderblock», en: **Drawing Papers 7**, New York, The Drawing Center.
- VV.AA., (2000), **Carom.! Kunst aus Gugging in der Sammlung Essl**, Viena, Sammlung Essl.

- VV.AA., (2001) **La Colección Prinzhorn, Trazos sobre el bloc mágico**, Catálogo de Exposición, Barcelona, Macba,(p. 5).
- WEISS, Allen S., (1992), «Obsession and Art Brut», en **Parallel Visions**, Princeton.
- WILSON, Sarah, (1992), «From the Asylum to the Museum» en: VV.AA., **Parallel Visions**, Princeton, Princeton Univ. Press.
- WÖLFLI, Adolf, (1985), **Von der Wiege bis zum Graab. Oder, Durch arbeiten und schwitzen, leiden und Drangsal bettend zum Fluch, Schriften 1908-1912**, Frankfurt am Main, Kunstmuseum Bern.
- WÖLFLI, Adolf, (1991), **Geographisches Heft nº 11**, Stuttgart, Kunstmuseum Bern.
- YALOM, I.D., (1995), **Theory and Practice of Group Therapy**, New York, Basic Books.
- ZEGANS L.S., POLLARD, J.C., BROWN, D., (1967), «The effects of LSD-25 on creativity and tolerance to regression», **Arch. Gen. Psychiatry**, 16: 740.

11.2 Bibliografía seleccionada

- ALBEE, G.W. y HAMLIN, R.M., (1949), «An investigation of the reliability and validity of judgements of adjustment inferred from drawings», en: **Journal of Clinical Psychology**, 5, pp. 389-392.
- ALONSO, E. y FERNANDEZ TORRES, A., (1978), «Hospital de día. Los locos andan sueltos», en: **Triunfo**, nº 823, pp. 35-37.
- ALONSO-FERNÁNDEZ, FRANCISCO, (1984), **Psicopatología y creatividad**, Salamanca, Universidad Pontificia.
- ALLEN, P.B., (1997), **Arte terapia. Guía de autodescubrimiento a través del arte y la creatividad**, Madrid, Gaia.
- ALLISON, D. B., PRADO DE OLIVERA, ROBERTS, M. S. y WEISS, A. S., (1988), **Psychosis and Sexual Identity: Toward A Post – Analytic View of the Schreber Case**, Albany, State University of Nueva York Press.
- ANASTASI, A. y FOLEY, J. P., (1944), «An experimental study of adult psychotics in comparison with that of a Normal control group», en: **Journal of Experimental Psychology**, 34, pp 169-194,
- ANDERSON, F. y LANDGARTEN, H. B., (1973-74), «Art therapy program in the mental health field», **Studies in Art Education**, 15(5).
- ANDERSON, FRANCES E., (1992), **Art for All the Children : Approaches to Art Therapy for Children With Disabilities**, Springfield, Charles Thomas Publisher.
- ANDERSON, FRANCES E., (1996), **Art-Centered Education and Therapy for Children With Disabilities**, Charles C Publisher, Springfield.
- ANDREOLI, V., (1982), «Carlo». **L' Art Brut**, fascículo 11, Lausana, Collection de l'Art Brut.
- ANDREOLI, V., (1992), **El lenguaje gráfico de la locura**, México, Fondo de Cultura Económica.
- ANDREOLI, V., (1996), «Psychopathological Expression: From the Asylum to local Treatment», **Psychopathology of Expression**, pp. 3-5.
- ANDREOLI, V., (1997), «Carlo: La communication non verbale d'un schizophrène», **Psychopathologie de l'expression**, vol. 24, Basilea, Laboratoires Sandoz,
- ANDREOLI, V., (1998), «Art des fous, psychopathologie de l'expression, art-thérapie», en: **International Journal of Art Therapy**, nº 2, pp. 4-11.
- ANDREOLI, V., TRABUCHI, CH. y Pasa, A., (1966), «Carlo», **L'Art brut**, fascículo 6, París, Comp. de l'Art Brut.
- ANGYL, A., (1956), «The experience of the body-self in schizophrenia», **Arch. Neur. Psych.**
- ANZIEU, D., (1987), **Les enveloppes psychiques**, París, Presses Universitaires de France.
- ARIETI, S., (1959), **American Handbook of Psychiatry**, Nueva York, Basic Books.
- ARIETI, S., (1964), **Interpretación de la esquizofrenia**, Buenos Aires, Nueva Visión.
- ARIETI, S., (1967), **The intrapsychic Self**, Nueva York, Basic Books.
- ARMAS PACHECO, M., (1947), «Caracteres pictográficos en las diversas enfermedades mentales», **Boletín del Hospital Nacional de Dementes**, La Habana.
- ARNHEIM, R., (1980), **Hacia una psicología del arte. Arte y entropía (Ensayo sobre el orden y el desorden)**, Madrid, Alianza.
- ARNHEIM, R., (1992), **Ensayos para rescatar el arte**, Madrid, Cátedra.

- ARTAUD, A., (1947), **Van Gogh et le suicidé de la société**, París, K. Editeur.
- ASTELL-BRUT, C., (1981), **Puppetry for Mentaly Handicapped People**, Londres, Souvenir Press.
- BACA BALDOMERO, Enrique, AYUSO GUTIÉRREZ, José Luis, BALLUS PASCUAL, Carlos, (1997), **Guía práctica para el tratamiento prolongado de la depresión**, Madrid, Edimsa.
- BACH, SUSAN, (1969), **Acta Psychosomatica: Spontaneous Paintings of Severely Ill Patients**, Basilea, Geigy.
- BADER, A., (1956), **De la production artistique des alienés**. París, La Vie Médicale.
- BADER, A., (1958), «Art moderne et schizophrénie. Contribution á une psychologie de la création artistique», **Schweiz XVII**, pp. 48-54.
- BARHAM, P., (1984), **Schizophrenia and Human Value**, Oxford and Nueva York, Blackwell.
- BARUK, H., LAUNAY, J., MEYER, A. Y ROLAN, J., (1952), «Actions de la maladie mental sur la création et la desorganization artistique», **Ann. Méd. Psychol.**
- BECKER, P. E., (1934), «Das Zeichnen Schizophrener», **Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, XXXII**.
- BERBEN, P., (1977), «La locura de todos o de nadie», **Triunfo**, nº 777, pp. 15-16.
- BERGERON, N. Y VOLMAT, R., (1952), «Techniques de la thérapeutique par l'art à l'hôpital psychiatrique», **Ann. Méd. Psychol.**, París.
- BERGERON, N. Y VOLMAT, R., (1952), **De la thérapeutique collective par l'art dans les maladies mentales**, París, Encéphale.
- BERGLAND, C., GONZÁLEZ, R. M., (1993), «Art and Madness: Can the Interface be Quantified? The Sheppard Pratt Art Rating Sale. An Instrument for Mearuring Art Integration», **American Journal of Art Therapy**, 1993, 31, pp. 81-90.
- BERGS LUSEBRINK, VIJA (ed.), (1990), **Imagery and Visual Expression in Therapy (Emotions, Personality and Psychotherapy)**, Nueva York, Plenum Publisher Corp.
- BESSIERE, R., (1950), **L'art psychopatologique**, París, Arts.
- BETENSKY, M., (1995), **What do you see? Phenomenology of Therapeutic art Expression**, Londres, Jessica Kingsley.
- BIEDMA, C. J., D'ALFONSO, G. (1962), **El lenguaje del dibujo**, Buenos Aires, Kapelus.
- BIHALJI-MERIN, O., (1959), **Das naive Bild der Welt**, Colonia.
- BLEULER, E., (1911), «Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien», **Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg**, Leipzig-Vienna.
- BOGIOVANNI, E.M., (1981), **El dibujo como terapia de rehabilitación**, Madrid, Mapfre.
- BOHM, E., (1951), **Lehrbuch der Rorschach-Psychodiagnostik**, Berna.
- BOLANDER, K., (1970), **Assessing Personality Through Tree Drawings**, Nueva York, Brunner/Mazel.
- BONGIOVANNI, E.M., (1980), **El dibujo como terapia de rehabilitación**, Madrid, Mapfre.
- BOYERS, R. y ORILL, R., **Robert Laing et l'antipsychiatrie**, París, Payot.
- BRETON, G., (1950), «Chez les fous? Un monde fou», en: **Noir et Blanc**, 4 octubre 1950, París.

- BRODY, E. B. y REDLICH, F. C., (1952), **Psychotherapy with Schizophrenics**, Nueva York, International Universities Press.
- BROUSTRA, JEAN, (1987), **Expression et psychose : ateliers thérapeutiques d'expression**, París, Les Editions ESF.
- BROWN, S., Dr. Birtchnell: **Art Therapy as Essentially a Form of Psychotherapy**, «Inscape» 4(2): 21-2.
- BURNS, R. C. y KAUFMAN, S. H., (1982), **Los dibujos kinéticos de la familia como técnica psicodiagnóstica**, Buenos Aires, Paidós.
- BUSTIN, J., (1935), «**Schizophrénie et mentalité primitive. Etude comparative**», Tesis médica, París.
- CALABRESE, O., (1993) **Cómo se lee una obra de arte**, Madrid, Catedra.
- CALVI, L., (1964), «Art maniéré et maniérisme schizophrénique», **Acta Neuro et Psychiatr.**, Belgique.
- CALLIERE, B. y FRICHL, L., (1964), **Contributo psicopatologico allo studio dei disturbi della comunicazione negli schizofrenici**, Milano, Il Verri.
- CAMPBELL, J., (1993), **Creative art in groupwork**, N. York, Winslow.
- CAMPBELL, J., (1999), **Art Therapy, Race and Culture**, Londres, Atheneum Press.
- CANE, FLORENCE, (1983), **The Artist in Each of Us**, Londres, Art Therapy Pubns.
- CARTA, M., (1953), «Alcuni aspetti del mondo esterno nella rappresentazione grafica degli schizofrenici; nota preliminare di psicopatologia sperimentale», **Riv. Pat. Nerv.**, Roma.
- CASE, C., DALLEY, T., (1992), **The handbook of the art therapy**, Londres, Routledge.
- CASTILLA DEL PINO, C., (1997), «Un manicomio en la España de los cuarenta», en: **Claves**, enero, pp. 16-26.
- COHEN, BARRY M., THAYER COX, Carol, (1995), **Telling Without Talking : Art As a Window into the World of Multiple Personality**, Nueva York, W W Norton & Company.
- COHEN, F.W., (1981), «Psychotic Expression and Symbolism», **The Arts in Psychotherapy**, 8.
- COHEN, Jane G., WANNAMAKER, Marilyn, (1996), **Expressive Arts for the Very Disabled and Handicapped for All Ages**, Springfield, Charles C Thomas Publisher.
- COLEMAN, Victoria D., FARRIS-DUFRENE, Phoebe M., (1996), **Art Therapy and Psychotherapy : Blending Two Therapeutic Approaches**, Accelerated Development.
- CORSIN, R., (1957), **Methods of Groups Psychotherapy**, Nueva York, Londres, McGraw Hill.
- CUNNINGHAM-DAX, E., (1953), **Experimental Studies in Psychiatric Art**, Londres, Faber.
- CUTTER, Fred, (1983), **Art and the Wish to Die**, Nelson-Hall Company.
- CHAO, R., (1981), «Musicoterapia. Locos por Tchaikovski», en: **Triunfo**. Febrero.
- CHATTERJI, N.N., (1951), «Schizophrenic Drawing», **Samika**, V.
- DALLEY, T., (1980), «Art Therapy in Psychiatric Treatment: an Illustrated Case Study», en: **Art Psychotherapy** 6(4).
- DALLEY, T., y otros, (1993), **Three voices of Art Therapy: Image, Client, Therapist**, Londres, Routledge.
- DALLEY, TESSA, (1987), **El arte como terapia**, Barcelona, Herder.

- DANCHIN, L., ANTOINE-ANDERESSEN, V., LUSARDEY, M., (1995), **Art brut et compagnie: la face cachée de l'art contemporain**, París, La Différence.
- DAVIS, J.E., (1983), **Play and Mental Health: Principles and Practices for Teachers**, Nueva York, Barnes.
- DAX, E.C., (1938), **Experimental Studies in Psychiatric Art**, Londres, Faber & Faber.
- DELANGLADE, F., (1935), **L'art et la folie**, París, Visages du monde.
- DELANGLADE, F., (1946), **L'art à l'asile**, París, Quadrige.
- DELAY, J., (1952) **Art psychopathologique et médecine**, París, Semaine des Hôpitaux.
- DELAY, J., (1956), **Aspects de la psychiatrie moderne**, París, PUF.
- DELAY, J., DESCLAUX, P. y DIGO, R., (1947), **Étude psychiatrique des peintures et dessins d'un schizophrène**, París, Semaine des Hôpitaux.
- DELAY, J., y VOLMAT, R., (1956), **Images de la folie**, París, Médecine et Hygiène.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix, (1998), **El anti-Edipo : capitalismo y esquizofrenia**, Barcelona, Paídos.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Félix, (2000), **Mil mesetas : capitalismo y esquizofrenia**, Valencia, Pre-textos.
- DELGADO, H., (1941), **La producción artística de los esquizofrénicos**, Lima.
- DELGADO, H., (1956), **La pintura en la esquizofrenia**, Caracas, Centauro.
- DENNER, A., (1967), **L'expression plastique, pathologie et rééducation des schizophrènes**, París, Les Editions Sociales Françaises.
- DIAZ ARNAL, I., (1950), «El psiquismo del deficiente a través del dibujo», en: **Revista de Psicología General y Aplicaciones**, vol V, nº 16, pp. 735-743.
- DIAZ DE ESPADA, J. y DEL RIO, A., (1972), «El psiquiátrico de Asturias, una experiencia interrumpida», en: **Triunfo**, nº 500, pp. 26-29.
- DIAZ PLAJA, G.L., (1971), «La asistencia psiquiátrica en España», en: **Triunfo**, nº 455, pp. 24-27.
- DOLTO, F., (1948), «Rapport sur l'interprétation psychoanalytique des dessins au cours de traitements psychiatriques», en: **Psychés**, 17, pp. 324-376.
- DREYFUS, C., (1974), «Bruno Bettelheim: un pionero en la psiquiatría infantil», **Triunfo**, nº 631, pp. 50-51.
- DUBOIS, A.M., (1994), «Réflexions sur l'art-thérapie, en: **Soins-psychiatrie** 162, pp 3-7.
- DUBOIS, A.M., MARINOV, V., LAJEUNESSE, B.S., (1997), «L'art-thérapie au Centre d'Etude de l'Expression», en: **Psychopathology of Expression**, pp. 9-12.
- DUHL, B.S., (1983), **From the Inside Out and Other Metaphors**, Nueva York, Brunner-Mazel.
- ECKSTEIN, R. y WALLERSTEIN, R., (1958), **The Teaching and Learning of Psychotherapy**, Nueva York, Basic Books.
- EDELMANN, C., (1960), «Des palettes et des pinceaux pour guérir les foux: dans l'arsenal des spécialistes des maladies mentales l'art-thérapie occupe une place de plus en plus grande», en: **Lecture pour tous**, nº 83, pp. 47-53, noviembre .
- EDWARDS, B., (1979), **Drawing on the Right Side of the Brain**, Los Angeles, Tarcher.
- EHRENZWEIG, A., (1967), **The Hidden Order of Art; A Study in the Psychology of Artistic Imagination**, Berkeley, University of California Press.

- EICHENBAUM, L. y ORBACH, S., (1982), ***Outside In, Inside Out***, Harmaondsworth, Penguin.
- EISENSTEIN, V., (1948), «Obsessive Hobbies», en: ***Psychoanalytic Review***, XXXV.
- ELLENBERG, H., (1979), ***The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry***, Nueva York, Basic Books.
- ELLWOOD, J. (ed.), (1995), ***Psychosis, Understanding and Treatment***, Nueva York, Jessica Kingsley Pub.
- ERASMO, (1985), ***Elogio de la locura***, Barcelona, Orbis.
- ERICKSON, E.H., (1964), ***Insight and Responsibility***, Nueva York, W.W. Norton.
- ESCUDERO VALVERDE, J.A., (1957), «El arte pictórico en la esquizofrenia», en: ***Boletín de la Real Academia de Medicina***, Mayo.
- ESCUDERO VALVERDE, J.A., (1975), ***Pintura psicológica***, Madrid, Espasa-Calpe.
- EZRIEL, H., (1950), «A Psycho-Analytic Approach in Group Treatment», en: ***British Journal of Medical Psychology***, XXIII, pp. 59-74.
- FAIRBAIN, W.R.D., (1976), ***Estudio psicoanalítico de a personalidad***, Buenos Aires, Paidós.
- FAURE, H., (1965), ***Les objets dans la folie***, París, PUF.
- FEINSTEIN, S.C. y GIOVACCHINI, P.G. (eds.), (1973), ***Adolescent Psychiatry, Developmente and Clinical Studies***, Nueva York, Basic Books.
- FENICHEL, O., (1941), ***Problems of Psychoanalytic Technique***, Psychoanalytic Quarterly.
- FENICHEL, O., (1980), ***Teoría psicoanalítica de la neurosis***, Buenos Aires, Nova.
- FERDIERE, G., (1947), «Introduction à la recherche d'un style dans les dessin des schizophrènes», en: ***Ann. Méd. Psychol.***
- FERDIERE, G., (1947), «Les dessins schizophréniques: leurs stéréotypies vraies ou fausses», en: ***Ann. Méd Psychol.***
- FERDIERE, G., (1948), «Le style des dessins schizophréniques: La symétrie et l'équilibre», en: ***Ann. Méd. Psychol.***
- FERDIERE, G., (1950), ***La main du dessinateur schizophrène***, París, Premier Congrès Mondial de Psychiatrie.
- FERDIERE, G., (1951), «Le Dessinateur schizophrène», en: ***L'évolution psychiatrique***, 2, pp. 215-230
- FOUCAULT, M., (1962), ***Maladie mentale et psychologie***, París, PUF.
- FOUCAULT, M., (1971), ***Madness and civilisation***, Londres, Tavistock.
- FOUCAULT, M., (1972), ***Histoire de la folie à l'âge classique***, París, Gallimard.
- FRASER, D., (1962), ***L'art primitif***, París, Aimery Somegy.
- FREUD, S., (1936), ***Inhibitions Symptom and Anxiety***, Londres, Hogart Press.
- FREUD, S., (1940), ***Group Psychology and the Analysis of the Ego***, Nueva York, Liveright.
- FREUD, S., (1970), ***Psicoanálisis del arte***, Madrid, Alianza.
- FRINGS KEYES, MARGARET, (1985), ***Inward Journey : Art As Therapy***, Nueva York, Open Court Publishing Co.
- FURTH, G.H., (1992), ***El secreto mundo de los dibujos***, Barcelona, Luciérnaga.
- GAMMA, G., (1964), ***Contributo clinico allo studio della espressione artistica nell schizofrenia dissoluta***, Milán, Il Verri.

- GARCIA VARELA, J., (1972), «La antipsiquiatría», en: **Triunfo**, no 536 y 537, pp. 37-40 y 38-42.
- GARCIA VARELA, J., (1973), «¿Quién está loco?», en: **Triunfo**, nº 568, pp 19-21.
- GARDNER, H., (1982), **Art, Mind and Brain: A Cognitive Approach to Creativity**, Nueva York, Basic Books.
- GARDNER, H., (1993), **Arte, mente y cerebro, Una aproximación cognitiva a la creatividad**, Barcelona, Paidós.
- GARDNER, H., (1995), **Mentes creativas**, Barcelona, Paidós.
- GEDO, J.E., (1983), **Portrait of the Artist: Psychoanalysis of Creativity and Vicissitudes**, Nueva York, Guilford.
- GEORGE, W., (1926), «Le salut par les Fous», en: **Les Arts plastiques nº 8**, París, Editions de la Galerie Vanin-Raspail.
- GETTINGS, F., (1966), **You are an Artist. A Practical Approach to Art**, Nueva York, Hamlyn.
- GILIN BETENSKY, M., (1995), **What do you see? Phenomenology of therapeutic Art Expression**, Londres, Jessica Kingsley Publ.
- GILMAN, S.L., (1982), **Seeing the Insane**, Nueva York, Wiley.
- GILROY, A., LEE, C., (1994), **Art and music therapy and research**, Londres, Routledge.
- GILLIS, A., (1994), **Peinture d'origine: rencontre esthétique avec des enfants présentant des troubles de la communication**, París, Adam Biro.
- GOFFMAN, C., (1968), **Asylums**, Harmondsworth, Penguin.
- GOFFMAN, C., (1971), **Presentation of Self in Everyday Life**, Londres, Penguin.
- GOITEN, L., (1948), **Art and Unconscious**, Londres, United Book Guild.
- GORDON, R., (2000), **Dying and creating. A search for Meaning**, Londres,. Karnacbooks.
- GRASSANO DE PICCOLO, E., (1990), **Indicadores psicopatológicos en técnicas proyectivas**, Buenos Aires, Nueva Visión.
- GREENHALGH, P., (1994), **Emotional Groth and Learning**, Londres,. Routledge.
- GREENSON, R. y WEXLER, M., (1969), «The Nontransference Relationship in the Psychoanalytic Situation», en: **International Journal of Psychoanalysis**.
- GREENWOOD, H., (1994), «Cracked Pots - Art Therapy and Psychosis», en: **Inscape**, vol. 1, pp. 11-14.
- GUIMÓN UGARTECHEA, José, (1995), **Genio y locura, condiciones psicosociales de la creatividad**, Bilbao, Comisión de Bizkaia de la Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País.
- GÜNTER, Michael, (1989), **Gestaltungstherapie : zur Geschichte der Mal-Ateliers in psychiatrischen Kliniken**, Bern, Huber.
- GUTIERREZ NORIEGA, C., (1940), «Significado de los dibujos en la historia de un esquizofrénico», **Revista Neuro. Psiquiat.**, Lima.
- GUTTMAN, E. y MACLAY, W.S., (1937), «Clinical Observations on Schizophrenic Drawings», en: **British Journal of Medical Psychology**, XVI.
- HALEY, J., (1963), **Strategies of Psychotherapy**, Nueva York, Grune and Stratton.
- HAMMER, E., (1980), **The Clinical Application of Projective Drawings**, Springfield, C.C.Thomas Publisher,.
- HARE, E., (1987), «Creativity and Mental Illness», en: **British Medical Journal**, 295, pp. 1587-1589.

- HARMS, E., (1939), «The Psychotherapeutical Importances of the Arts», en: **Occup. Therap.**
- HASWELL, E., (1944), **Art in Treatment of Mental Illness**, Nueva York, Hygea.
- HAYNAL, A., (1985), **Depression and Creativity**, International Universities Press.
- HERNÁNDEZ BELVER, M. (1989), **Psicología del arte y criterio estético**, Salamanca, Amaru.
- HERNÁNDEZ BELVER, M. (1990), «La experiencia artística y el lado derecho de cerebro» en: **Arte, Individuo y Sociedad**, no. 3, Madrid, Universidad Complutense.
- HERNÁNDEZ BELVER, M., y ULLOA, A. M., (1996), «Estudio del comportamiento artístico desde la perspectiva psicosocial. El enfoque de Vigotsky», en: **Arte, Individuo y Sociedad**, no. 8, Madrid, Universidad Complutense.
- HILL, A., (1946), **L'art contre la maladie: Une histoire d'art-thérapie**, París, Vigot.
- HILL, A., (1951), **Painting Out Illness**, Londres, George Allen and Unwin.
- HILLMAN, J., (1979), **The Dream and the Underworld**, Harper and Row.
- HOGAN, S., (1997), **Feminist Approaches to Art Therapy**, Londres, Routledge.
- HOLMES, I. (ed.), (1991), **Textbook of Psychotherapy in Psychiatric Practice**, Edinburgh, Churchill Livingstone.
- HOLZBERG, J.D., WECHSLER, M., (1950), «The Validity of Human Form Drawings as a Measure of Personality Deviation», en: **Journal of Projective Techniques**, 14, pp. 343-361.
- HOROVITZ-DARBY, ELLEN G., (1996), **Spiritual Art Therapy : An Alternate Path**, Springfield, Charles C Thomas Publisher.
- HUBALEK, SHIRLEY K., (1996), **I Can't Draw a Straight Line : Bringing Art into the Lives of Older Adults**, Health Professions Pr.
- HUET, V., (1997) «Challenging Professional Confidence. Arts Therapies and Psychiatric Rehabilitation», en: **Inscape**, V., nº 1, pp. 14-19.
- HUOT, V.L., (1936), «Peintures et dessins d'un schizophrène malgaché», en: **Ann. Méd. Psychol.**
- ISAACS, S., (1970), **Developments in Psychoanalysis**, Londres, The Hogart Press.
- JACKSON, D., (1960) **The Ethology of Schizophrenia**, Nueva York, Basic Books.
- JACOBI, J., (1955), «Pictures from the Unconscious», en: **Journal of Projective Techniques**, 19, pp. 264-270.
- JAKAB, I., (1956), **Dessins et peintures des aliénés. Analyse au point de vue psychiatrique et artistique**, París, PUF.
- JAKAB, I., (ed.), (1969), **Psychiatry and Art**, Basilea, Karger.
- JAKOBI, J., (1980), **Vom Bilderreich der Seele. Wege und Umwege zu sich selbst**, Olten, Walter Verlag.
- JAMES, P.D., (1963), **Une folie meurtrière**, París, Fayard.
- JANICKI, A., «Esthetic Attitude of Schizophrenic Patients Hospitalizes Persistently». En: **The Polish Psychiatry**, Vol. XII, pp. 43-48
- JANICKI, A., «Mental Artistic Creation at Public Exhibitions», en: **The Polish Psychiatry**, Vol. IV, nº 6, pp. 561-563.
- JASPERS, K., (1922), **Strindberg and Van Gogh**, París, Minuit.
- JEUDY, H. P., (1994), «Le patrimoine des fous», en: **La Rue**, nº 5, marzo, p.22.

- JOHNSON, D. R., (1987), «The role of the creative arts therapies in the diagnosis and treatment of psychological trauma», en: **The Arts In Psychotherapy**, 4, 7-13.
- JUNG, C.G., (1963), **Memory, Dreams, Reflections**, Nueva York,. Pantheon Books.
- KAREEM, J., LITTLEWOOD, R., (2000), **Intercultural Therapy**, Londres, Blachweel Science.
- KASANIN, J., (1958), **Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia**, Barcelona, Horme.
- KATZ, S:E., (1931), «Color Preference in the Insane», en: **J. Amn. Soc. Psych.**
- KELLER, M. JEAN (Ed.), (1990), **Activities With Developmentally Disabled Elderly and Older Adults (Activities Adaptation and Aging Ser)**, Haworth, Haworth Press.
- KERAVAL, P., (1906), «De l'art chez les aliénés», en: **Inf. Alienist. Neurologist.**
- KILLICK, K. y SCHAVERIEN, J. (eds.), (1997), **Art, Psychotherapy and Psychosis**, Londres, Routledge.
- KILLICK, K., (1987), **Art Therapy and Schizophrenia: A New Approach**, Tesis inédita, Herts College of Art and Design.
- KLEIN, J. P., (1997), **L'art-thérapie**, París, Presses Universitaires de France.
- KLUFT, ESTELLE S. (ed.), (1993), **Expressive and Functional Therapies in the Treatment of Multiple Personality Disorder**, Springfield, Charles C Thomas Publisher.
- KOSSOLAPOW, L., (1975), «Aprender a utilizar la creatividad para superar las dificultades en el Centro de terapia por el arte de la Clínica psiquiátrica y neruología de Lengerich (Westfalia)», en: **International Journal of Art Therapy**, nº 1, pp. 30-39.
- KOSSOLAPOW, L., (1975), **Musische Erziehung zwischen Kunst und Kreativität**, Frankfurt am Main.
- KRAMER, E., (1982), **Terapia a través del arte en una comunidad infantil**, Buenos Aires, Kapelusz.
- KRAUS, G., (1941), **Vincent Van Gogh en de Psychiatrie**, en: Psychiatrische en Neurologische Bladen.
- KRIS, E., (1955), **Psicoanálisis y arte**, Buenos Aires, Paidós.
- KUBIE, L., (1959), **Neurotic Distortion of the Creative Process**, , Lawrence, Kansas, University of Kansas Press.
- KUBIN, A., (1922), «Die Kunst der Irren», en: **Kunstblatt**, t. 6, pp. 184-190.
- KUHNS, F., (1983), **Psychoanalytic Theory in Art**, Nueva York, IUP.
- LACAN, Jacques, (1976), **De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad: seguido de primeros escritos sobre la paranoia**, Mexico, Siglo XXI.
- LADAME, C., (1920), «A propos des manifestations chez les aliénés», **Schweiz. Arch. Neurol. Psychiat.**
- LAING, R., (1965), **The Divided Self**, Harmondsworth, Penguin.
- LAING, R., (1971), **L'équilibre mentale, la folie et la famille**, París, Maspero.
- LAING, R., y ESTERSON, A., (1970), **Sanity, Madness and the Family**, Londres, Penguin.
- LANDGARTEN, H.; LUBBERS, D., (Editors), (1991), **Adult Art Psychotherapy : Issues and Applications**, Nueva York, Brunner/Mazel.
- LANDGARTEN, H.B., (1981), **Clinical Art Therapy**, Nueva York, Brunner/Mazel.

- LANGER, S., (1967), ***Mind: An Essay on Human Feeling***, Baltimore, John Hopkins Press.
- LAPLANCHE, J., y LECLAIRE, S., (1961), «L'inconscient», en: ***Les Temps Modernes***, Julio.
- LEAH, B., NE'EMAN, N., (1993), ***The metaphoric body: Guide to expressive therapy through images and archetypes***, Londres, Jessica Kingsley Publ.
- LEROY, M., (1911), «Dessins d'un élément précoce avec état maniaque», en: ***Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.***
- LEVICK, MYRA E., (1983), ***They Could Not Talk and So They Drew: Children's Styles of Coping and Thinking***, Springfield, Charles C Thomas Publisher.
- LEVY, B.I., ULMAN, E., (1967), «Judging Psychopathology from Paintings», en: ***Journal of Abnormal Psychology***, nº 72, pp. 182-187.
- LEWIS, N., (1925), «Graphic Art Productions in Schizophrenia», ***Proc. Assoc Res. Nerv. Ment. Dis.***
- LHERMITE, J., (1946), «Art et folie; à propos de l'exposition des oeuvres exécutées par les malades mentaux à Sainte-Anne», ***Presse Méd.***
- LIDZ, R.W., y LIDZ, T., (1949), «The Family Environment of Schizophrenic Patients», en: ***American Journal of Psychiatry***, 106, pp. 332-345.
- LIDZ, T., FLECK, S. y CORNELISON, A., (1965), ***Schizophrenia and the Family***, Nueva York, Intern. University Press.
- LIEBMAN, M., (1990), ***Art therapy in practice***, Londres, Jessica Kingsley Publ.
- LIEBMAN, M., (1996), ***Arts approaches to conflict***, Londres, Jessica Kingsley Publ.
- LOMBROSO, C., (1964), ***Genio e follia***, Milán, Chiusi.
- LOMBROSO, C.; DU CAMP, M., (1880), «L'arte nei pazzi», en: ***Archivio di psichiatria, antropologia criminale e scienze penali per servire allo studio dell'uomo alienato e delinquente***, t. 1, pp. 424-437.
- LUDWIG, A.M., (1989), «Reflections on Creativity and Madness», en: ***American Journal of Psychotherapy***, 43, nº 1, pp. 4-14.
- LUSCHER, M., (1969), ***The Lüscher Color Test***, Nueva York, Simon and Schuster.
- MACGREGOR, J.M., (1989), ***The discovery of the Art of the Insane***, Princeton, Princeton Univ. Press.
- MACLANG, D., (1991), ***Outsiders or insiders? In the myth of primitivism perspectives in art***, Londres, Routledge.
- MADEJAKA, N., (1975), ***Paintings by Schizophrenics***, Krakau.
- MAHLER, M.S., (1952), «On Child Psychosis and Schizophrenia. Autistic and Symbiotic Infantile Psychoses», en: ***Psychoanalytic Study of the Child***, 7, pp. 286-305, Nueva York.
- MALCHIODI, CATHY, (1997), ***Breaking the silence: Art therapy with children from violent homes***. Nueva York, Brunner/Mazel Publishers.
- MARIE, A., (1905), «Le musée de la folie», en: ***Je sais tout***, nº IX, 15 de octubre, pp. 20-33.
- MARIE, A., (1912), «Les dessins stéréotypés des aliénés», en: ***Bull. Soc. Clin. Méd. Ment.***
- MARIE, A., (1929), «L'art et la folie», en: ***Revue Scientifique***.
- MARIE, A., (1931), «L'expression artistique chez les aliénés», en: ***Arch. Internat. Neuro.***
- MARRO, G., (1915), «Arte primitiva e arte paranoica», en: ***Giorn. R. Accad. Med. Torino***.

- MARTINEZ DIEZ, N., MARTÍNEZ, J. L., (1999), «Arte y Educación Especial» en: **Áreas curriculares para niños con necesidades especiales y dificultades de aprendizaje**, Madrid, Escuela Española.
- MARTÍNEZ DIEZ, Noémi, LÓPEZ F. CAO, Maríán, (2000), **Pintando el mundo**, Madrid, horas y Horas.
- MARTÍNEZ HERNÁEZ, Ángel, (1999), **¿Has visto cómo llora un cerezo? : pasos hacia una antropología de la esquizofrenia**, Barcelona, Universidad de Barcelona.
- MCNIFF, Shaun, (1992), **Art As Medicine: Creating a Therapy of the Imagination**, Boston, Shambhala Publications.
- MEARES, A., (1960), **Shapes of Sanity**, Springfield, Illinois, C.C. Thomas.
- MESSNER, A.G., (1951), «Artistic Self-expression of Psychotic Patients», en: **Amer. J. Occup. Ther.**
- METTE, A., (1928), **Über Beziehungen zwischen Spracheigentümlichkeiten schizophrener und dichterischer Produktion**, Dessau.
- MILIJKOWITSCH, M, IRVINE, G.M., (1982), «Comparíson of Drawing Performance of Schizophrenics, other Psychiatric Patients and Normal Schoolchildren on a Draw-a-village Task», en: **Arts in Psychotherapy**, nº 9, pp. 203-216.
- MILMANIENE, José E., (1991), **Arte y Psicoanálisis**, Buenos Aires, Kargieman.
- MINKOWSKA, F., (1937), **Van Gogh. Les relations entre sa vie, sa maladie et son oeuvre**, París, Felix Alcan.
- MONNIN, F., (1997), **L'art brut**, París, Editions Scala.
- MONTERO, R., (1977), «Un 'manicomio' en libertad», en: **Triunfo**, nº 733, pp. 38-40.
- MOON, BRUCE L., (1995) **Existential Art Therapy: The canvas mirror**, Springfield, Charles C. Thomas Publ.
- MOON, BRUCE L., (1996), **Art and Soul : Reflections on an Artistic Psychology**, Springfield, Charles C. Thomas Publ.
- MOORE, R.W., (1981), **Art Therapy in Mental Health**, Washington D.C., Nat. Institute of Mental Helath.
- MORENO, J.C., (1948), **Psychodrama**, Nueva York, Beacon.
- MORGENTHALER, W., (1921), **Ein Geisteskranker als Künstler**, Berna , E. Bircher.
- MORGENTHALER, W., (1964), «Adolf Wölfli», **L'Art Brut**, fasc. 2, París,
- MORSELLI, G.E., (1954), «Arte, schizofrenia nel pensiero di Karl Jaspers», en: **Arch. Psic. Neu.**, Milán.
- MULLER, S., (1948), «Schizophrenic Art», **Grenzgeb. Medizin**.
- MURDOCH, D., BARKER, P., (1981), **Basic Behavoieur Therapy**, Londres Blackwell Scientific Publications.
- NAUMBURG, M., (1950) **Schizophrenic Art: Its Meaning in Psychotherapy**, Grune & Stratton, Nueva York.
- NAUMBURG, M., (1953) **Psychoneurotic Art: Its Scope and its Function**, Nueva York, Grune & Stratton.
- NAVRATIL, L., (1972), **Esquizofrenia y arte**, Barcelona, Seix Barral.
- NAVRATIL, L., (1983), **Die Künstler aus Gugging**, Viena, Museum Moderner Kunst.
- NAVRATIL, L., (1998), **Die Gugginger Methode**, Stuttgart, Fischer.
- NOMBELA, J., (1909), **El arte en los alienados**, Buenos Aires, Archivo Criminal Med. Leg, Psiquiat.

- O'SHANAHAN, RAFAEL, (1991), **Ensayos sobre locura, arte e historia y otras meditaciones**, Cabildo Insular de Gran Canaria.
- OSSORIO, C., (1929), **A expressão artística nos alienados**, Lisboa.
- OSSORIO, C., (1949), **Simbolismo místico nos alienados**, Lisboa.
- OSTER, G., MONTGOMERY, S., (1996), **Clinical Uses of Drawings**, Nueva York, Jason Aronson.
- OURY, J., (1989), **Création et schizophrénie**, París, Galilée.
- PAGES, F., (1994), «Le jour où Emygdio, le fou, devient un génie de la peinture», en: **Télérama**, nº 2334, pp. 22-27, 5 de octubre .
- PAILHAS, B., (1908), «Projet de création d'un musée réservé aux manifestations artistiques des aliénés», en: **L'Encéphale**, t. 2, pp. 426-427.
- PAÍN, SARA, JARREAU, GLADYS, (1995), **Una psicoterapia por el arte**, Buenos Aires, Nueva Visión.
- PASTUREL, M., (1911), «Dessins anatomiques et conceptions médicales d'un dément précoce», en: **Encéphale**, 6, nº 4, pp. 358-360.
- PATERNOSTRO, J., (1947), **Pintura e recuperação mental**, Lisboa, Pyske.
- PAYNE, H., (1993) **Handbook of inquiry in arts therapies: One river, many currents**, Londres, Jessica Kingsley.
- PEREIRA, O., (1991), **A pintura psicopatológica. Um estudo clínico laboratorial**, Lisboa.
- PESSIN, J. y FRIEDMAN, I., (1949), «The Value of Art in the Treatment of the Mentally Ill», en: **Occup. Ther.**
- PFEIFER, (1923), **Der Geisteskranke und sein Werk: Eine Studie über schizophrene Kunst**, Berlin
- PICKFORD, R.W., (1990) **Studies in Psychiatric Art; Its Psychodynamics Therapeutic Value and Relationship to Modern Art**, Springfield, Illinois, C.C. Thomas.
- PICHOT, P., OLMAT, R., ROSOLATO, G., WIART, C., (1960), «Exploration des aptitudes estétiques chez le malade mental», en: **Revue de Psychologie appliqué**, nº 3, pp. 165-181.
- PICHOT, P., (1949), **Les tests mentaux en psychiatrie**, París, PUF.
- PITTRICH, W., (ed.), (1991), **Kunst und Psychiatrie. Kongress in Münster**, 1.-5. Oktober, 1990, Tagungsbericht.
- PLOKKER, J.H., (1965), **Art from the Mentally Disturbed**, Boston, Little Brown.
- PORTUONDO, J.A., (1985), **Psicoterapia** (3 tomos), Madrid, Biblioteca Nueva.
- PRATT, M., ROOD, M., (1998), **Art Therapy in palliative Case**, Londres, Routledge.
- PRINZHORN, H., (1922), **Bildneri der Geisteskranken**, Berlín, Springer.
- RACIONERO, L., (1977), «Arte y neurosis», en: **Triunfo**, nº 760, pp. 42-43.
- RAGON, M., (1996), **Du côté de l'art brut**, París, Albin Michel.
- RAPAPORT, D., (1978), **Test de diagnóstico psicológico**, Buenos Aires, Paidós.
- RAVE-SCHWANK, M. et al., (1967), **Bildneri der Geisteskranken aus der Prinzhorn Sammlung**, Heidelberg, Galerie Rothe.
- REES, M., (1998), **Drawing on Difference. Art Therapy with people who have learning difficulties**, Londres, Routledge.
- REGIS, E., (1882), **Les aliénés peints par eux-mêmes**, París, Encéphale.
- REITMAN, F., (1947), «Art Expression and Psychotic Patient», en: **Occup. Ther.**

- REITMAN, F., (1947), «Facial Expression in Schizophrenic Drawings», en: **J. Ment. Sci.**
- REITMAN, F., (1947), «The Creative Spell of Schizophrenic after Leucotomy», en: **J. Ment. Sci.**
- REITMAN, F., (1950), **Psychotic Art**, Nueva York, Intern. Universities Press.
- RENNERT, H., (1962), **Die Merkmale schizophrener Bildnerie**, Jena.
- REY, A., (1946), «Epreuves du dessin témoin du développement mental», **Arch. Psychologique**, pp. 369-380.
- RIES, VON J., (1946), **Über die dämonische Sinnlichkeit und den Ursprung der ornamentalen Kunst des Geisteskranken Adolf Wölfli**, Berna, Paul Haupt.
- RIGHINI, M., (1973), «El jardín de las neurosis», en: **Triunfo**, nº579, pp. 36-39.
- ROBBINS, A., (1994), **A multi-modal approach to creative art therapy**, Londres, Jessica Kingsley Publ.
- RODRIGUEZ, J., GEOFFREY, T., (1995), **L'art-thérapie: pratiques, techniques et concepts, manuel alphabétique**, París, Ellébore.
- ROMAN, R., y LANDIS, C., (1945), «Hallucination and Mental Imagery», en: **Journal of Nervous and Mental Disease**, CII.
- ROMO, M., (1997), **Psicología de la Creatividad**, Barcelona, Paidós.
- RORSCHACH, H., (1927), **Psychodiagnostics**, Nueva York, Grune & Stratton.
- ROSS, C., (1997) **Something to draw on. Activities and interventions using an art therapy approach**, Londres, Jessica Kingsley Publ.
- ROTH, E. A., (1982), «Children's self-images before, during and after psychiatric hospitalization», en: **American Journal of Art Therapy**, 21, 125-131.
- ROTHENBERG, A., (1990), **Creativity and Madness: New Findings and Old Stereotypes**, Baltimore, Johns Hopkins.
- RUDICH, J., (1997), «Viena muestra el arte y la locura en 350 obras», en: **El País**, p. 27, 8-9-97.
- SANDBLOM, P., (1992), **Enfermedad y creación**, México D.F., Fondo de Cultura Económica.
- SANDLE, D., (1998), **Development and Diversity. New Applications in Art Therapy**, Londres, Free Association Books.
- SAOTOME, J., (1993), **A study of art therapy practice with long-stay clients in psychiatric hospitals**, tesis doctoral no publicada, Londres, Goldsmith's College.
- SAUNDERS, R.J., (1967), **Art of the Mentally Retarded in Connecticut**, Hartford, Connecticut, St. Dpt. of Educ.
- SCHAUVERIEN, J. y KILLICK, K. (eds.), (1997), **Art, Psychotherapy and Psychosis**, Londres, Routledge.
- SCHAUVERIEN, Joy, (1991), **The Revealing Image : Analytical Art Psychotherapy in Theory and Practice**, Londres, Tavistock.
- SCHUBE, P.G. y COWELL, J.G., (1939), «Art of Psychotic Persons», en: **Archives of Neurology and Psychiatry**, XVI.
- SEGAL, H., (1990), **Dream, phantasy and Art**, Londres, Routledge.
- SHEINER ADAMS, L., (1994), **Arte y psicoanálisis**, Madrid, Cátedra.
- SILVERSTONE, LIESL, (1997), **Art Therapy the Person-Centred Way: Art and the Development of the Person**, Londres, Jessica Kingsley Publications.
- SIMON, M., (1988), «Les écrits et les dessins des aliénés», en: **Arch. Anthropol. Crim.**

- SIMON, R.M., (1997), ***Symbolic Images in Art As Therapy***, Londres, Routledge.
- SIQUIER, M.L., y otros, (1987), ***Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico***, Buenos Aires, Nueva Visión.
- SKAIFE, S., HUET, V., (1998), ***Art Psychotherapy Groups. Between pictures and words***, Londres, Routledge.
- STERN, M., (1952), «Free Painting as an Auxiliary Technique in Psychoanalysis», en: G. Bychowski y J.L. Despert, ***Specialized Techniques in Psychotherapy***, Nueva York, Basic Books.
- STORCH, A., (1922), ***Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen***, Berlin.
- STORR, A., (1979), ***The Art of Psychotherapy***, Londres, Secker and Warburg.
- SUDRES, J., FOURASTE, R., (1994), ***L'adolescent créatif: formes, expressions, thérapies***, Toulouse, Universitaires du Mirail.
- SZASZ, T., (1962), ***The Myth of Mental Illness***, Londres, Secker and Warburg.
- TABORI, PAUL, (1964), ***El arte de la locura***, Barcelona, Noguer y Caralt Editores.
- THÉVOZ, M., (1974), ***Louis Sutter ou l'écriture du désir***, Lausanne, Age d'homme.
- THEVOZ, M., (1990), ***Art brut: Psychose et médiumnité***, París, La Différence.
- TISSERON, S., (1995), ***Psychoanalyse de l'image: de l'image aux images virtuelles***, París, Dunod.
- TRILLING, L., (1945), «Art and Neurosis», en: ***Partisan Review***.
- TUCHMAN, M. y ELIEL, C.S.(eds.), (1993), ***Visiones paralelas. Artistas modernos y arte marginal***, Madrid, Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía.
- TYSZKIEWICZ, M., (1973), «The Subject Matter of Artistic Expression and the Schizophrenic Defect Form», en: ***The Polish Psychiatry***, vol. VII, nº 3.
- TYSZKIEWICZ, M., (1975), ***Paintings and Drawings by Psychiatric Patients, a Painter-Psychiatrist's Analysis***, Gdansk, Ossolineum.
- TYSZKIEWICZ, M., (1987), ***Psychopathology of Expression, The creations of Psychiatric Patients***, Varsovia, PWN.
- TYSZKIEWICZ, M., (1994), ***Psychopathology of Expression. Creative Stimulation of Psychiatric Patients***, Gdansk, The Gdansk Scientific Society.
- TYSZKIEWICZ, M., ZUCHOWICZ, W., (1998), «Social Reintegration of Schizophrenic Patients through a Creative Art Club in Gdynia (Poland)», en: ***International Journal of Art Therapy***, nº 3, pp. 12-19.
- VINCHON, J., (1927), ***L'art dément***, París, Aesculape.
- VINCHON, J., (1950), ***L'art de la folie***, París, Stock.
- VOLMAT, R., (1952), «L'exposition mondiale d'art psychopathologique», en: ***Premier Congrès Mondial de Psychiatrie, Actes généraux du congrès***, t. 8, pp. 165-168, París, Hermann.
- VOLMAT, R., (1955), ***Expressions plastiques de la folie***, París.
- VOLMAT, R., (1956), ***L'art psychopathologique***, París, PUF.
- VOLMAT, R., (1975), «Présentation des travaux», en: ***Confinia Psychiatria***, vol XVIII, nº 3, pp. 128-135.
- VV.AA., (1993), ***Las puertas de Bedlam : el arte como terapia e integración***, Valencia, Ajuntament.

- WADESON, H., (1971), «Characteristics of Art Expression in Depression», en: ***Journal of Nervous and Mental Disease***, 153 (3), pp. 197-204.
- WALLER, D., (1991), ***Becoming a profession: history of art therapy in Britain 1940-1982***, Londres, Routledge.
- WALLER, D., (1993), ***Group Interactive Art Therapy: its use in training and treatment***, Londres, Routledge.
- WARSI, B., (1979), «Art Therapy in a Large Psychiatric Hospital», en: ***Inscape***, 3 (1), pp. 26-31.
- WEAKLAND, J., y JACKSON, DD., (1958), «Patient and Therapist Observations on the Circumstances of a Schizophrenic Episode», en: ***Arch. Neurol. Psychiat.***, 79, pp. 554-575.
- WEBWE, M., (1998), «Au hasard du calendrier: quelques expositions d'art psychopathologique», en: ***International Journal of Art Therapy***, pp. 34-37, París.
- WEBWE, M., SAMUEL-LAJEUNESSE, A., DUCOIS, M., (1997), «L'art-thérapie: expression de la folie ou thérapie par l'art», en: ***International Journal of Art Therapy***, nº 1, pp 19-29.
- WEISS, A.S. (ed.), (1988), «Art Brut: Madness and Marginalia», en: ***Art & Text***, número especial.
- WEISS, A.S., (1989), ***The Aesthetics of Excess***, Albany, University of Nueva York Press.
- WIART, C., (1967), ***Expression picturale et psychopathologie***, París, Doin.
- WÖLFLI, ADOLF, (1985), ***Von der Wiege bis zum Graab. Oder, Durch arbeiten und schwitzen, leiden, und Drangsal bettend zum Fluch. Schriften 1908 - 1912***. (La primera parte de los escritos de Adolf Wölfli comentados por Schwarz und Elka Spoerri.), Frankfurt am Main, Fischer.
- WOLLHEIM, R., (1973), ***On Art and the Mind: Essays and Lectures***, Londres, Allen Lane.
- WYGANDT, W., (1923), ***La psicopatología nell'arte***, Ferrara, Industrie grafiche italiane.
- ZELDENRUDT, K., (1951), «L'art et la folie», en: ***Evol. Psychiatr.***
- ZIMMERMAN, J. y GARFINKLE, L., (1942), «***Preliminary Study of Art Productions of Adults Psychotic***», *Psychiat. Quarterly*.

La expresión plástica como alternativa de comunicación en pacientes esquizofrénicos

Revistas

American Psychologist – American Psychologist Association, Washington.

Artherapy – Revista de la Asociación de Arte Terapeutas de Estados Unidos.

Inscape – Revista de la Asociación de Arte Terapeutas de Gran Bretaña.

International Journal of Art Therapy – Centre d'Étude de l'Expression – París.

American Journal of Art Therapy – Editado por Ulman, Washington.

The Arts in Psychotherapy – Editado por Ankho Internacional, Nueva York.

Canadian Journal of Art Therapy

Minusval – Inmerso, Madrid.

Polibeia

Raw Vision – Outsider art-art brut-contemporary folk art.

Remedial and Social Education

Siglo Cero

Tesis leídas en la Facultad de Bellas Artes, Universidad Complutense, Madrid

Arte terapia con orientación gestáltica, por Gutiérrez Elvira, abril de 1999.

Expresión artística y terapia, por Alcaide Carmen, febrero de 2001.

El mito del artista y la locura. Estudio de la tradición cultural y de la investigación científica sobre la relación entre creatividad y psicopatología, por Romero Julio, marzo de 2001.